

谈“情”说“癌”

肿瘤专科医生告诉你如何识癌、防癌、查癌、抗癌

潘战和 著

电子工业出版社

Publishing House of Electronics Industry

北京·BEIJING



自序

两个偶然，一场缘分

生活中总是充满各种偶然，偶然其实也就是缘分，我相信偶然的缘分。每一天的每一时刻其实都可以说是一种缘分，一个不经意的眼神，一个闪过的念头，一次路线的变更，一次临时改变的决定，都是一种偶然，而这可能恰好成为你与某个人或某件事缘分的开始。

一个偶然的机​​会，我开通了新浪微博@肿瘤专科医生，而这偶然中其实有必然，那就是一直深藏心底的对文字的喜好和融入骨髓的那点小情趣，唯如此，才愿意在繁重的工作之余挤出时间去做在很多同行看来是浪费时间的“不务正业”之事。什么是医生的“正业”？当然是看病，申请课题，撰写论文，等等，其他的似乎都是在浪费时间，因为不能带来名或利的价值。但在我看来，快乐才是人生的最终价值。一件事，如果能给你带来快乐，带来满足，即便不赚钱，没有名或利，那它也是有价值的，值得去做的，而且不会有负累。

身为医生，每天确实很忙，忙于看病，忙于所谓的课题和论文，以及各种日常科务杂事，当然还要忙家庭琐事，要抽出时间陪家人，由此也就决定了我玩微博的时间基本都是忙里偷闲挤出来的，时间这东西，只要肯去挤，总还是有的。

上微博成为我每天的习惯，抽空会回复粉丝关于肿瘤防治方面的咨询。在与粉丝互动的过程中，我发现大家对肿瘤防治知识普遍缺乏，我隐隐地感到了身上的某种责任。尽管我不是什么著名大专家，但以我的肿瘤专业科班出身和十多年的临床工作经验，加上从小对文字的喜好，静下心来认真踏实地做肿瘤科普应该还是够资格的。



有了这个想法之后，我就将微博的主题锁定为“肿瘤防治科普”，力所能及地在微博上做一些肿瘤防治知识的普及，这当然纯粹是工作之外的兴趣。在这个过程中，我从来没想到从中去获得什么回报，更没想到什么名啊利的，一件事一旦牵涉到太多的名或利，就会有压力，就会累人。人还是活得纯粹一些简单一些比较好，不要什么都以名利为目的。

缘分总是那样妙不可言。又一个偶然的机会有幸结识了出版社的编辑。两个偶然，成就一场出书的缘分。

经过一番坦诚的交流互动，从开始酝酿到选题策划、撰写大纲目录样章、商谈版权版税直至签订图书出版合同，一切进行得流畅顺利。于是，2015年3月，我正式开始撰写本书。

肿瘤专业人员要写一本关于肿瘤防治方面的书并不会太难，特别是那种纯粹凑数的挂名编著类书籍，市场上满目皆是。它们多数写得过于专业但读起来却乏然无味，老百姓压根儿看不懂，自然也就不爱看，提不起兴趣。我现在要做的当然不是走这条老路，而是要踏踏实实用“心”、用“情”去“写”，用我的十指在键盘上一个字一个字去敲打，带着我的感情，带着我的责任，用“心”跟大家谈“情”说“癌”。

但科普知识毕竟不是文学，不能凭空虚构想象，我所做的就是将肿瘤防治方面的知识用老百姓能看得懂的通俗文字，尽可能以故事案例的形式，尽可能多地打比方，尽可能写得活泼一些，写得生动一些。最终目的是把可靠、实用的肿瘤防治知识传授给大家，让大家能真正看得懂，然后能真正用得上，最重要的是改变大家固有的陈旧观念。

本书涵盖了老百姓最想了解、同时又是最感困惑的关于



肿瘤防治的最基本知识，这些知识当然不是我的发明和首创，它属于从古至今的中外科学家和研究者。书中还有我关于生命的一些思考，希望与大家共勉。感悟生命，才能更懂得珍爱生命。

癌症不可怕，癌症不等于死亡，癌症可防、可治、可控，癌症是慢性病，这些都已经都是肿瘤界的共识，我希望在您读完这本书后也有同样的认识，并成为扎根心里的观念。知识固然重要，但观念更重要，没有正确的观念，知识就会成为一堆没用的废料。有了正确的观念，知识才能发挥它应有的作用，可以说，正确的观念是防癌治癌成败的关键所在。

要特别说明的是，书中的案例故事出于尊重和保护当事人隐私的需要，用的都是化名，并且故意采取混淆身份的做法，目的是避免有人对号入座或喜欢猎奇之人八卦打听。同时，我必须表达对病人最最崇高的敬意和尊重，他们才是我永远的老师，是他们启发着我思考，促使着我不断学习和进步。

希望与大家因书结缘，如果您在阅读本书的过程中有什么意见或建议要反馈给我，或者有什么疑问需要咨询或交流，可以关注我的新浪微博或微信公众号与我进行互动，尽管能力精力和时间都有限，但我会尽我所能去回复或解答，至少我们可以一起进行探讨。

本书当然并不完美，会存在诸多瑕疵，甚至是错误，其中也会带有我的某些主观看法和偏见，希望读者朋友特别是同行老师提出批评意见，致谢！



目 录

Contents

第 1 章 · 生死较量

——“癌”来了，该如何是好？（癌症治疗）

- 1 跨过厄运的第一道坎 / 002
- 2 命运不是那轱辘 / 019
- 3 是“救命稻草”，还是“水中之月” / 048
- 4 送上门的灵丹妙药 / 063
- 5 与癌共舞，寻找平衡支点 / 076
- 6 生命不能承受之痛 / 085
- 7 谁在尘世温暖你 / 091
- 8 亲爱的，别哭，我们回家 / 097

第 2 章 · 浴火重生

——“癌”走了，是否高枕无忧？（癌症康复）

- 1 当“癌”已成往事 / 106
- 2 撕掉“癌”的标签 / 112
- 3 好了伤疤，忘了疼 / 120
- 4 吃，原本就不是个问题 / 125
- 5 不花钱的“补身”法 / 129

第 3 章 · 知己知彼

——掀起“癌”的盖头来（认识癌症）

- 1 “癌”的真面目 / 134
- 2 有一种伤，是心伤 / 141
- 3 为何偏偏“癌”上你 / 147



第4章·居安思危

——未雨绸缪防为先（预防癌症）

- 1 听天由命，还是有所作为 / 162
- 2 生活有度，人生添寿 / 169
- 3 扼杀“癌”于摇篮中 / 177
- 4 防癌还有这三招 / 180
- 5 特别的爱，给特别的你 / 186
- 6 心理垃圾扫一扫 / 189
- 7 千里之堤，溃于蚁穴 / 191

第5章·明察秋毫

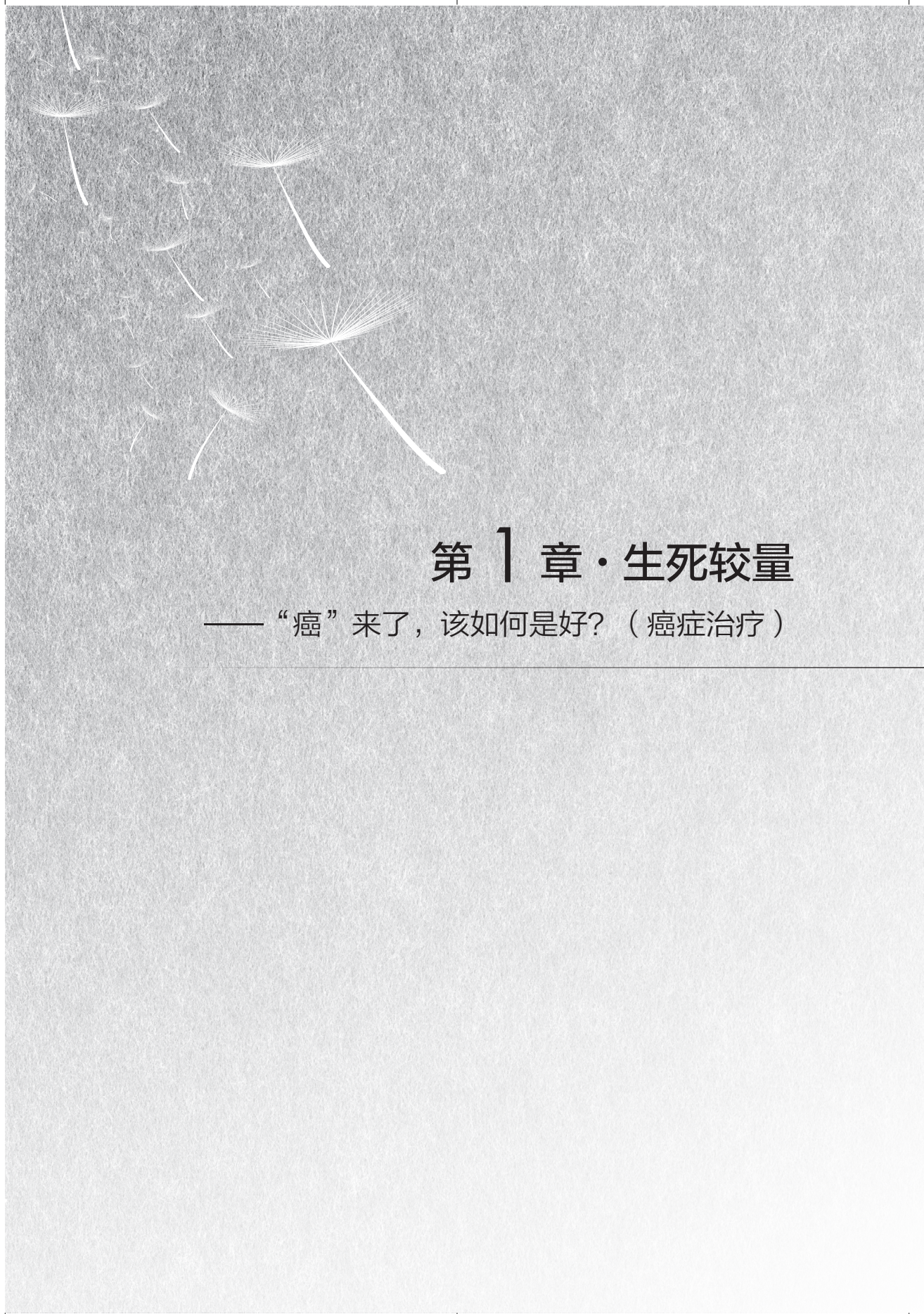
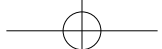
——蛛丝马迹无可逃（诊查癌症）

- 1 健康体检，做还是不做 / 194
- 2 筛查，让“癌”无处可逃 / 197
- 3 蛛丝马迹，莫放过 / 206
- 4 拧不清，空添乱，是“癌标” / 225
- 5 铁证如山，谁来一锤定音 / 237

第6章·感悟生命

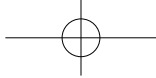
——生命，并非理所当然（随笔杂谈）

- 1 无处安放的忧伤 / 256
- 2 从迷到悟有多远 / 257
- 3 生命，死亡和无常 / 260



第 1 章 · 生死较量

——“癌”来了，该如何是好？（癌症治疗）



1

跨过厄运的第一道坎

苦难犹如乌云，远望去但见墨黑一片，然而身临其下时不过是灰色而已。

——里希特

(一)

癌，真的无药可救吗？

癌，一个让人望而生畏，甚至闻之丧胆的可怕字眼，它就像是从天而降的不明之物，掉落到哪里，哪里就会乱作一团。身为肿瘤专科医生的我，理所当然就成为了亲朋好友、同学熟人们，还有他们的七大姑八大姨们的“拯乱大救星”。

中山大学肿瘤防治中心是我读研究生的地方，身为研究生，既要钻实验室做课题，又要下临床管病人，接受癌症诊断和治疗的实战训练，所谓的务“虚”（科研）与务“实”（临床），两头都不能误。中山大学作为国内一流的部属重点高校，对研究生的要求一向是非常高的，包括科研课题和学术论文方面，以及临床实践技能方面。中山大学肿瘤防治中心作为中山大学的附属医院，同时也是国内顶尖的肿瘤中心之一，无论是科研还是临床都可以说是国内数一数二的，在国际肿瘤界也有相当的知名度，与美国M.D.安德森癌症中心是姊妹医院。高标准，严要求，自然就意味着近乎“变态”的强压力，那种忙和累，也许只有经历过的人才能真正懂得，而唯有如此，才不负此学。

那是一个深秋的午后，慵懒的阳光偶尔从成片的乌云背后露出一会儿小脸。在实验室泡了整整一上午，疲累吞噬着我，睡意袭来，正想要打个盹小憩一会儿，电话响了，是同在广州打拼的中学同学丽君（化名）打来的。

“战和，可怎么办啊，我家出大事了，你这会儿有空吗？”丽君的语气中透着慌乱、无助和焦躁。



我从睡意中惊起，赶紧问：“出大事？出什么大事了？”

“我爸刚查出得了癌症，癌症啊，是癌症，癌症！”电话中的丽君已经开始抽泣起来，口中不断重复着“癌症”两字，似乎那样就可以将“癌症”咒走。

癌症，老百姓每谈癌必色变，怎能不让人慌乱？

“别急着哭啊，丽君，还没弄清楚什么情况你哭什么呀？快告诉我你爸得的是什么癌？在哪家医院检查出来的？做了些什么检查？确诊了吗？”

医生的职业习惯就是一连串地刨根问底，目的是获取更多的与疾病诊治相关的线索和信息。

“医生说我爸得的是淋巴瘤，叫我们尽快转到大医院。战和，你说我爸是不是没得救了？不然怎么叫我们赶快转院？呜呜呜……”才没说几句话，丽君已经崩溃地在电话那头放声大哭起来。

看来我这个“拯乱大救星”得出手了。

“没事啦，丽君，不用怕，你说的那个淋巴瘤确实是一种癌症，但这种癌症有很大的治愈希望。我现在读研的课题研究方向就是“淋巴瘤”（正规的学名应该是“恶性淋巴瘤”，也可省掉“恶性”两字，即“淋巴瘤”），我老板（注：研究生导师）是国内淋巴瘤领域的知名专家，等一会把你老爸的所有病历和检查资料带过来，我先看看是怎么回事，后续再给我老板瞧瞧。放心，不用担心，交给我啦。”

听我这么一说，丽君的哭声分贝才算是慢慢降下来，但她还在抽泣着。

丽君是我的中学同学，当年也算是班里一枝花。我呢，成绩一向不错，我们是邻桌，她经常会找我问一些学习上的疑难问题，一来二去，两人之间似乎有那么点意思，朦朦胧胧，反正彼此心里很有好感。人生，美好的总是过往的回忆，中学毕业后，我们各奔东西，从此，失去联系。

但也许是注定的某种缘分，多年以后，我们居然在异乡偶遇。人人都有一颗八卦的心，读者朋友也许很期待我们两人能再续前缘，发生点什么，但其实是根本不可能的事。重逢当然有惊喜有感慨，但早已没有当年的那份青涩和萌动的感觉，完完全全只是限于同学之情，还有同乡之谊，但也得承认，我们比普通的同学、一般的老乡关系还是要更亲密一些。

她每天很忙，忙工作忙家庭，而我更是忙于学业，在第一次的偶遇后，也



曾应邀和另一个同在广州的同学去她家小聚过一次，而后除了节日偶尔礼节性相互问候之外，我们几乎再没有空闲的时间聚在一起闲聊。

挂断电话，我睡意已无，抬头仰望天空，乌云已越聚越多，黑压压一大片，完全遮住了太阳，天完全阴下来了。“溪云初起日沉阁，山雨欲来风满楼”，起风了，一场暴风雨眼看就要横扫而来。

电话中跟丽君约好，她等会儿带资料过来，我担心丽君从家赶过来的时候会正好赶上这场暴风雨，心里想着要不要打个电话让她干脆明天再来，癌症是大病，但也并不差这半天时间，不过以她此刻焦急的心情，她会愿意等到明天吗？想一想，还是作罢。

约莫半小时后，丽君如约而至，和她一起来的还有她母亲，真是“风雨难挡心急人”。

一见面，丽君的母亲比丽君还着急，一把拉着我的手：“小潘，你说，你叔的病打紧不打紧？他要是有个三长两短，我可怎么活啊？”语气里透着的全是慌乱和绝望，我听着心里一紧，赶紧接过话：“阿姨，没事的，真的会没事的，您不用太担心，我先看一下丽君带过来的病历资料。”

此时的丽君也同样是处于一种恍恍惚惚、六神无主的状态，听我说看病历，才赶紧从随身的包里把病历拿出来递给我。我接过一看，是在一家小医院做的检查。通过阅看病历以及简单的询问，我方才了解到：丽君的父亲由于前一段感到胃不太舒服，在她家附近的一家小医院就诊，安排做了胃镜检查，并取了活检。初步的病理报告考虑淋巴瘤可能，建议做免疫组化进一步确诊，但由于这家医院诊治经验不足，不敢下结论，怕耽误病情，所以让丽君父亲尽快转到大医院进一步检查。

这个处理是相当负责任的。可正是这么个“尽快转院”让丽君一家人乱了阵脚，一听“尽快”，自然吓个半死，就追问那边的医生，医生解释说淋巴瘤是一种恶性肿瘤，也就是癌症。一听“癌症”两字，母女俩更慌了神，似乎世界末日要来临。

我心里有底了，对还在抹着眼泪的丽君母亲说：“阿姨，我刚才看了丽君带过来的病历，您啊，不要太担心。叔叔得的这种病的确是一种不太好的病，或者直接一点说吧，也是一种癌症。但癌症与癌症可并不都是一样的，坏人里



面不全都是无药可救的，有的坏人通过改造是完全有可能让他改邪归正的，这淋巴瘤吧，正是这种可以让它改邪归正的‘坏人’，也就是说，是有可能治好的。接下来我们最重要的是要进一步把病情诊断得更清楚一些，然后才好对症下药。”

丽君母亲频频点着头，丽君在一旁也默默地认真听着，表情比刚来的时候明显要舒缓放松很多。我继续说：“我现在读研究生的这家肿瘤中心是国内一流的治疗肿瘤的酒店，有目前国内顶尖的淋巴瘤权威专家和多学科团队，叔叔的这个病呢，就交给我来处理，您就放心，肯定会好起来的。”

我敢说得这么肯定，当然首先是因为以我们的熟悉程度，不管后面出现什么预料之外的情况，她们肯定不会责怪于我。她们是充分信任我的，只有充分的信任，医生才敢说敢做。我当然不可能百分之百保证丽君父亲的病肯定能治好，说这番话最主要的目的是“稳心”。淋巴瘤，也就是老百姓俗称的淋巴癌，确实是恶性肿瘤（癌症）的一种，但它的治愈概率相比其他多数癌症要高，属于可能治愈的恶性肿瘤之一。丽君父亲，接下来要做的就是进一步检查，最重要的是要进一步核实病理诊断，特别是分型诊断，也就是说要弄清楚它属于哪一种类型的淋巴瘤，淋巴瘤有几十种亚型，不同的淋巴瘤亚型，它的治疗策略、治疗效果、治愈概率都不一样。

其实除了淋巴瘤，以目前的医疗水平，多数癌症如果能够做到早期发现，是完全有可能治愈的，比如早期甚至中期的乳腺癌、大肠癌、肺癌等。关键是要早发现早诊断早治疗，发现越早，治愈的希望就越大。那晚期是不是就意味着没有希望？当然也不是，可以通过积极的综合治疗控制病情发展，实现带瘤生存，而且有的癌症即便已经晚期，也同样有治好的可能，比如刚才说到的淋巴瘤某些亚型，还有某些类型的白血病，以及绒癌、恶性生殖细胞肿瘤等，甚至某些实体肿瘤，比如某些情况下的结直肠癌肝转移，同样有治愈可能。

癌症，并不就等于是“不治之症”，得了癌症，并不是就毫无办法，癌症是可治可控的，得了癌症不等于判了死刑，旧的观念必须要丢弃。

当然，说“癌症可治”并不是指癌症肯定可以治好，但至少你得具体情况具体对待吧，不要一听到癌症二字就立马想到死亡，不要第一个想法就是放弃治疗回家等死，或者瞎折腾什么民间偏方秘方，间接地放弃治疗，这是极其错



误和无知的做法，会错过大好的治疗时机。这样的例子在中国有很多，绝对是一大中国特色。一诊断癌症就放弃治疗，除了经济因素，更多的可能是“无知”惹的祸，这也是导致中国的癌症病人总体生存率比较低的重要原因之一。

癌症，并不是“不治之症”，为什么这样说？这当然不是为了求心理安慰，因为多数癌症确实可治可控，不妨听我给你分析分析。

先来说“可治”，有的癌症是有可能治愈的。所谓治愈，用老百姓的话就是治好了。当然医学上的治愈跟老百姓理解的治愈不完全是一回事，医学上一般不轻易用治愈这个词，以免误导大众，而是用五年或十年生存率来判定癌症治疗后的远期疗效，也就是经过治疗后活过五年或十年的概率（但不是说就只能活五年或十年，而是至少活过五年或十年）。至于为什么有的癌症用五年生存率有的癌症用十年生存率，这是因为不同的癌症恶性程度、发展速度、治疗和预后各有不同。比如有的癌症恶性度低，治疗效果非常好，随随便便多数病人都能活过五年，只有用十年生存率才能反映出不同病人的远期疗效差异。

什么是五年生存率？打个比方，某个癌症五年生存率是50%，也就是说，这种癌症经过治疗后有一半人（50%）至少能活过五年（再次强调，不是只能活五年），按照老百姓的话也可以理解为治愈率是50%。肯定有人会立即跳出来，五年就算是治愈啊？难道就只活五年么？这算哪门子治愈？你看，又误解了吧，别急，容我慢慢道来。

癌症在进行治疗后，如果不复发当然就算治愈了，但复发概率是永远存在的，不可能完全避免，关键是复发的概率大小。癌症的复发多数发生在根治性治疗后两至三年内，两三年后复发就很少了，而五年或十年以后就更有复发的（记住，“少见”不等于“没有”），所以如果随访超过五年或十年没有复发，之后复发风险就很小了，医学上就基本可以认为是治愈了，五年或十年是复发的关键坎，跨过这个坎，就基本算是安全了。不过医学不是神学，基本安全不等于绝对安全，所谓治愈只是相对的，不是保证以后肯定不复发，不是保证肯定长命百岁。你想想，五年或十年后，现在没得病的所谓健康人（包括你我他每个人）也难保将来某一天会不会得癌症，更何况五年或十年后的所谓复发也许得的是另一种癌症，不能归到现在得的这种癌症身上，以后又得了另



一种癌症，这个不能算复发。

但有的人就非要求个百分百保险，如果一定要钻牛角尖，那么这世界上没有任何一种疾病是可以真正治好的。任何小病都不能保证治好，因为以后还有再得的可能性。我们不能纠结于低概率事件，早上出门，晚上能不能保证活着回来也不是百分百的，难道你就不出门了？世上哪有绝对之事？所以，要正确理解医学上所说的治愈。医学本质上是概率学科，无法保证每个人，无法保证绝对的百分百，否则就成了玄学神学。倒是有很多江湖术士骗子宣称可以治好所有病，保证不复发，你信吗？有的人还真信，那就等着上当受骗吧。

很多人可能又会问，你说癌症可以治愈，那为什么大量的癌症病人并不能治好？必须承认，这确实是事实。但我说的是有可能治愈，首先它只是一种可能性，不是一定，其次也是有前提条件的，那就是多数癌症如果发现得早，癌症早期，通过以手术为主的综合治疗，治愈概率非常高。比如肺癌、乳腺癌、卵巢癌、结肠癌等，早期进行根治性手术，再通过辅以必要的术后化疗或放疗等，它们治愈的可能性相当高，所以最关键的是要发现得早。现在有大量的癌症病人并不能治好，因为多数人的癌症一发现就已经是晚期了。

有的人可能还会追问，那为什么有的人癌症是早期，也进行了根性手术和化疗放疗等，可还是很快就复发转移了？这个当然有可能，前面说了，世界上哪有百分百？医学是概率，不可能百分百。中奖率90%以上应该非常高吧，可还是有将近10%的人不能中奖啊，这道理是一样的，只是因为癌症这种病会威胁生命，所以大家总想求个百分百的保证，心情可以理解，但显然是不可能的。而且，有少数人的癌症尽管检查认为是早期的，可事实上并不是真正的早期，只是由于目前的检查手段有局限，漏查了可能的转移灶。或者这个癌症本身的生物学特性比较特殊，即便是早期，也容易复发。就像是人的脾气性格，有的人表面看起来很和善，但事实上可能骨子里很有侵略性，容易爆发。所以，我们在看待医学问题时，要有辩证的眼光，不能绝对化，其实看待世间万事万物都应该如此。

大家在理解概率问题时，不能只局限于眼前，不能只看身边有限的几个人，比如刚好某个人身边的同学同事朋友或熟人邻居等认识的人当中，有几个人得了某种癌，最后都是不到一年就走了，但不能就此下结论认为这个癌症不可能治好，或者认为得了这个癌就只能活一年，因为可能在另一个地方，另一



个人跟他看到的正相反，他认识的几个人也同样得了这种癌症，但治疗效果全都很好，活了五年十年甚至几十年都没问题，他同样也不能就此下结论认为这种癌症百分百可以治好。只根据身边有限的一些人来进行判断，这种抽样误差会非常大，远不能反映真实情况，都是以偏概全。

只要重视，发现得早，早诊断早治疗，癌症就有治愈的机会，而且早期癌症治愈的机会还很大，怕就怕大家不重视，没有防癌查癌意识，一发现就是晚期。

那如果癌症诊断的时候就已经是晚期，怎么办？就肯定没得救了吗？当然也不是。即便是晚期癌症，也还是得看具体情况，也还是有部分癌症有治愈的可能性，什么癌症到晚期了还可能治愈？很多人肯定不相信，所以说，大家对癌症普遍还是老观念，还存有成见，有误区。听说过绒癌这种癌症吗？这在以前可是真正的“癌中之王”，非常凶险，发展速度非常快，短期内就会广泛转移要了人命，一旦确诊基本很少有活过几个月的，在应用有效的化疗药物之前，其死亡率竟达到90%以上，这个太可怕了。但我告诉你，这种癌症早在几十年前就基本搞定，通过化疗就可以达到90%以上的治愈率，死亡率降至10%以下，也就是说90%的人可以被治愈，这么高的治愈率你还能说无法治愈？如果你非要钻牛角尖说，不是还有10%的人不能治好吗？那我真的无言以对，你等着神仙来吧，可神仙也不能百分百解决问题，因为活着就注定有意外有例外，每个人，不管是有病没病的人，都不能百分百保证明天还活着，想求百分百，唯有不活着才能保证百分百。

有人还说了，你也就只能拿出一个绒癌作为例子，得绒癌的人有几个啊？还有其他癌症到晚期可以治好吗？当然有，白血病、霍奇金淋巴瘤、非霍奇金淋巴瘤的某些亚型、恶性生殖细胞肿瘤、很多儿童恶性肿瘤等，它们都对化疗或放疗高度敏感，即便已经到了晚期，通过以化疗或放疗为主的综合治疗，治愈的概率同样非常高。这些通过化放疗可以治愈的癌症多数是淋巴血液系统或生殖细胞肿瘤，其他更常见的实体肿瘤如果到了晚期还能治愈吗？当然有可能，医学一直在发展进步中，比如大肠癌晚期，这要是放在以前，大家认为肯定无法治愈，但随着对大肠癌的认识和研究的深入，治疗手段越来越多，通过综合治疗的开展，现在某些肝转移或肺转移的晚期大肠癌同样有可能治愈。

我总是强调不是百分百，很多人可能会嫌我太啰唆，其实大家要是脑子里



有逻辑和辩证思维的习惯，看待事情就会比较理性。不走极端，医患沟通起来就会顺畅得多，我科普时也就可以少费点口舌一再强调这些简单的逻辑。

再来说说癌症的“可控”吧，也就是说，即使对那些不能治愈的晚期癌症，通过积极的综合治疗和个体化的治疗措施，仍可能使病情得到最大限度的控制，减轻病人的痛苦，改善其生活质量。除了前面提到那些即便晚期也可能治愈的癌症，以目前的医疗水平，多数癌症到了晚期，确实难以治愈，但我们可以去控制，比如乳腺癌晚期，通过积极的化疗、放疗、靶向治疗、内分泌治疗等综合治疗措施，很多病人仍可以很好地控制病情的发展，以慢病管理模式，实现较长期的带瘤生存，同样可以活得很精彩。我有好几个晚期乳腺癌病人已经生存超过五年或十年，尽管她们身体里一直还有肿瘤，这就是“带瘤生存”。当然，乳腺癌是属于比较好治疗的癌种，但至少说明，即便是无法治愈的晚期癌症，也仍有可能通过综合治疗，控制病情，而且随着医学的进步，这个带瘤生存的时间会越来越长，最终让癌症成为真正意义上的“慢病”，就像高血压、糖尿病一样，虽然做不到彻底根治，但可以通过有效治疗使病情得到控制，实现带病长期生存。

当然，还是有很多癌症确实无法做到治愈，甚至有的连短期的控制都可能难做到，毕竟医学远没有发展到可以治愈和控制所有癌症的程度。但至少你应该明白，癌症是有可能治好的，至少你得先弄清楚是什么癌什么分期，而不要一听到癌症二字就认为被判了死刑只能等死，就轻易说放弃，否则会丧失可能的治愈或控制病情的机会。

癌症，并非不治之症，真的不必谈癌色变。

（二）

病情隐瞒与告知的纠结

满天的乌云不知什么时候竟悄然散去，近在眼前的暴风雨并没有来临，秋日和煦的阳光再次撒向大地。

经过我的一番解释，丽君和她母亲的情绪总算是平稳了，但从她们的眼神



还是能看出：她们并不放心。毕竟“癌症是不治之症”的观念已经深入人心，仅凭我的三言两语恐怕难以完全消除她们心中的疑虑。

时间不早了，我让丽君母女俩先回家去，明天再带上病人一起来。我打算请示老板下一步的安排，争取能让丽君父亲尽早入院，如果暂时没有床位，就先在门诊预约安排一些必要的检查，淋巴瘤的病理诊断特别是分型诊断非常复杂，很容易误诊，最能考验病理科医生的功底，对于一般基层医院出具的诊断，重新复核病理非常有必要，也是减少误诊的最后一道防线。

除了对基层医院的病理诊断进行复核或重新活检，还可以同时安排血液学检查以及CT等影像学检查，目的是了解病灶的分布情况，进行分期和预后因子的评估，同时也是正式治疗前的基线检查。

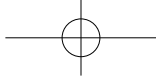
临走前，丽君和她母亲似乎仍有什么顾虑堵在心里没说出来，欲言又止的样子，我一向是个很细心的人，我说：“丽君，有什么顾虑尽管说出来吧，不要闷在心里。”丽君说：“明天带我老爸来时，你先不要告诉他得的是什么病，我们担心他……所以一直都是瞒着他的。”

我说：“即便你把检查报告藏起来，他也会自己问，他问你们，你们不回答其实更坏事。说实话，我不主张你们隐瞒病情，他迟早得知道，早知道早配合检查治疗，弄得神神秘秘的，反而让你老爸疑神疑鬼以为得了绝症。换作是你，你愿意被这样瞒着吗？”

“话是这么说，道理我也懂，可还是怕老爸会受不了，担心他一时想不通有个三长两短。”

看来得给她吃颗定心丸：“这个我当然比你清楚，一旦他知道自己得的是癌症，伤心难过、情绪低落是必然的，但他迟早要经历这个痛苦过程，他是成年人，不要总把人想得太不堪一击，人其实比想象的坚强，而且他也不是文盲，隐瞒真不是好办法。你心疼他，我也一样不忍心。这样吧，这事交给我，我来说，我会把握尺寸，有保留地告诉他病情，不要完全隐瞒，我会掌握时机和火候，你们放心吧。”

说起向癌症病人隐瞒病情这事，真让人一言难尽，某种程度上这个问题似乎具有一定的中国特色，可能与中国的文化背景、传统习俗等有关。在中国，面对癌症这类大病，多数家属会选择不告知病人真实病情，也就是想方设法百



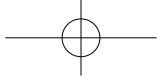
般隐瞒病情，而且要求医生护士一起配合隐瞒病情，有的甚至反复交代医生护士不要让病人知道得了什么病。在这样的环境氛围下，医院的检查报告也是保护性的，比如癌症不写中文，仅写个英文简称Ca（癌症的英语单词Cancer的简写）。而医生在知道病人的病情后的第一反应，也往往是先把家属叫过来交代病情，一切得由家属说了算，病人自己似乎失去了知晓病情的权利。

这种做法到底好不好呢？好心真就办了好事吗？不可否认，这种做法的用意和出发点是好的，是出于保护病人。“癌症是不治之症”的观念根深蒂固，大家普遍谈癌色变，谁都怕死，这种情况下，被诊断得了癌症，无疑对病人是巨大的身心打击，甚至可能会因强烈的心理应激而发生意外。因此，隐瞒病情某种程度上确实有助于保护病人。

不过，从医学和疾病治疗的角度看，还是应该要告诉病人病情。只有让病人自己知晓病情，才能有效地配合检查治疗，因为癌症的治疗是一个长期的综合治疗过程，瞒得了一时，瞒不了长久。只要肯稍稍用心的病人、只要不是傻子，迟早还是会知晓病情的，到那个时候对病人的打击反而可能更大。特别是有的家属遮遮掩掩、吞吞吐吐的做法，更让病人产生怀疑，本来是有可能通过积极治疗而治愈的癌症，但由于病人错误地认为家人隐瞒病情，是因为自己病人膏肓了。于是恐惧笼罩着他，从此自暴自弃，甚至一时想不开悄悄自杀，实在是太遗憾了。

当然，要不要向癌症病人告知病情，我想这个问题还是得要具体情况具体分析。按医学伦理的原则，病人自己有知情权和选择权，但同时又得要考虑到“病人受益最大化”的原则，也就是怎么做才最有利于病人疾病的治疗、控制和康复，这才是最关键的，这也同样符合伦理原则。不要为了告知病情而告知病情，得根据病人的性别、年龄、性格、民族习惯、宗教信仰、受教育的背景和文化层次水平、心理素质等，视情况而定。一个总的原则是，在不利的负面影响最小的情况下，能让病人知晓病情就尽量知晓，权衡其中的利弊。如果告知病情，利大于弊，当然应该尽量告知；如果弊大于利，则要慎之又慎，不能贸然以尊重病人的知情权为由而全盘告知病情，否则可能带来严重后果，好心办了坏事，最终也还是损害了病人的利益，也同样是不符合“病人受益最大化”的医学伦理原则。

因此，既要恰当尊重病人的知情权，同时还得要参考其家属的意见，因为



病人家属最了解病人的习惯、性格、心理承受能力等，医生不能仅凭自己的主观判断，应该在和家属充分沟通商量后，一起想出一个最佳告知方案，既要能照顾到病人的心理承受能力，又要能让病人配合检查治疗，如此才能真正让病人受益最大化。

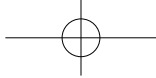
有的家属不管三七二十一，也不管什么情况，完全不听从医生的建议，一律选择隐瞒，甚至想隐瞒得密不透风。其实，这只是他们一厢情愿而已，而且有的情况根本没必要隐瞒，比如癌症早期，有治好的可能性，甚至治好的可能性相当大，这种隐瞒其实意义不大，应该要让病人明白，尽管得了癌症，但是早期，可以治好，这样可以增强病人和癌症作斗争的信心，也能让病人很好地配合治疗。

说到隐瞒病情，还有另外一种较为少见的情况，那就是病人自己最先知晓病情，出于保护家庭其他成员的考虑，而向他们隐瞒真实病情。

我有一次上专家门诊时接诊过一个40多岁的中年男性鼻咽癌患者，上有老，下有小，是家中顶梁柱，当拿到病理报告单被告知得了癌症时，其内心的悲伤和所受到的心理打击是可想而知的。但顶着悲伤，第一时间他想着的却是家人听到这个消息怎么办，他说他不想让老人孩子知道，也不想让老婆知道，怕他们知道后受不了。男人总想着独自担负所有的痛，这也许就是所谓的“男人责任”。

但我能看出他平静外表下内心的翻江倒海，男人其实很脆弱，那一刻我很想借他一个肩膀！我知道在这种重病打击下，他多么想找个人分担心理的重负，如果一个人独自担着，不需要癌病，精神压力就可以很快击垮他，而且在没有家属支持和协助的情况下，很难将肿瘤治疗进行下去。我特别抽出时间和他谈心，给他减压，解除他的思想顾虑，让他明白，癌症是大病，是大事，不可能藏得住，躲躲藏藏家里人迟早还是会知道，而且没有家人的支持，难以将治疗坚持完成，反而是害了自己也拖累了家人。老人年纪大，孩子还小，帮不了什么实质性的忙，但至少应该要告诉妻子，遇大事夫妻要共渡难关，将癌症治好了控制了，最终也是为了这个家不是？这也是男人的责任。他频频点头，接受了我的建议。

在重大事件面前，人很容易单向思维，外人的提醒可能会有助于打开思



路。后来，这位病人在妻子的陪伴和照顾下，治疗一直进行得很顺利，由于发现并不算太晚，通过同步放化疗，治疗效果非常理想，现在定期随访复查中。

面对癌症，是隐瞒还是告知，确实是让人纠结的痛。

（三）

决定命运的第一道坎

丽君的父亲，由于一开始就找到了懂行的专业人士，有我的协助，所以在看病就医方面，基本不用操太多的心。但大多数人，不可能都认识医生，即便认识医生，也不一定都认识刚好专业对路的医生，不同的专业，有时也犹如隔山。

对于肿瘤病人来说，学会如何看医生是非常重要的，有时甚至可以说是决定命运的第一道关键坎。为什么这样说呢？主要还是诊断和治疗方向的把控问题，一开始如果走错了方向，就可能错过最佳的诊治时机。但许多人认为看病嘛，还不简单，不就是到医院看看挂在墙上或网上的医生简介，然后选择医生挂个号。哪个医生职称高、学历高或头衔多，就选哪个医生。有的人则是绞尽脑汁、拐弯抹角非要托关系找熟人，以为找了熟人就可以高枕无忧了。其实并没有那么简单，懂得如何看病，也是一门学问。

经常有外地病人空着两手来看病，问他之前在当地医院有没有做过什么检查，有没有把检查资料带过来，有的人犹豫了一下说什么检查也没有做，有的人说做了但没有带过来。甚至有病人或家属干脆直截了当地说，我来你这里就是要来检查确认诊断的，你要我们那边做的检查报告单做什么？言外之意是来验证一下他们那里的医院有没有误诊，或者也是想考考我们这边的诊治水平，似乎把之前的检查资料带过来给我们看会误导我或者会便宜了我。

这正是不会看病的最典型表现之一，为什么这样说呢？其实“诊病”就像是“破案”，需要寻找线索，然后根据线索安排进一步的检查。线索越多，最后“破案”的概率就越大，效率就越高，所需的时间也会越短。如果没有线索或者线索很少，那就只能重新找线索，浪费的时间和金钱其实都是病人自己的，



而且有时线索还可能不会重现。比如你在某家医院做胃镜，取了活检，病理诊断为胃腺癌，其实如果能把这家医院的活检标本借过来复核就行，不必非要再做胃镜取活检，而且再次胃镜活检取得的组织可能并非癌组织，导致诊断不了。这个尽管可能性并不大，但确实有这个可能，更何况，再次做胃镜不是还得多花钱嘛，人也受苦。当然如果诊断有困难，需要再次做胃镜也不要拒绝。

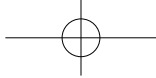
很多人不明白这其中的道理，即便向他解释了，也仍是不理解，固执己见，本来可以少走弯路，但他就是不听，作为医生也就只能叹息。医患互信，最终受益的其实是病人自己。

不会看病，不懂看病，不只是会走弯路，浪费时间和金钱，甚至可能延误诊治时间。

癌症多数是慢性病，除少数情况下的急症外，如果怀疑得了癌症，或者在小医院经初步检查提示有患癌症的可能，想进一步到大医院就诊，不要只关注带什么生活用品，更要记得把之前所有相关的病历和检查资料带齐，建议看病前做一点功课，别着急，别盲从。当然，多数普通老百姓对如何做功课是一头雾水，所以平时要学习。这就像是，你孩子要高考了，你本来对各类大学、专业等一无所知，但孩子接下来要面临这个问题，你当然要搜集相关信息，或者平时多关注留意这方面的信息，然后就会懂得一些门道，不至于乱碰瞎撞。

中国人看病的另一个突出毛病就是“急”，不管是急病还是慢病，反正就是“急”，不只是心里“急”，行动上也“急”。除了表现为上面提到的资料不准备或准备不全、基本的“功课”不做就匆匆上医院。另外一个重要表现就是急着要求治疗、要求输液打点滴，重治疗轻检查，有什么不舒服或者发现哪里有问题，急着去医院要求医生快点治疗，也不管有没有把疾病诊断清楚，否则就认为医生不重视，耽误了他的病情。

其实正确诊断是正确治疗的基本前提，也是保证疗效的重要基础。但由于病人“急”心理作怪，往往不愿等，希望什么都要快，有时为了快点完成看病的过程，到处找熟人医生，希望简化甚至免除检查。至于他这个所谓的熟人医生对他这个病是不是专业对路则完全不关注不在乎，以为所有的医生什么病都懂。这其实无形中就走偏了就医方向，这个风险有时挺大的，隔行如隔山，跨专业有时也如隔山。



有人会说，得了病谁不急啊？是的，心情可以理解，但多数病并不是急病，并不会马上危及生命。就拿癌症来说吧，癌症可不是三两月就得的，它已经在你身体里长了至少好几年甚至十多年几十年，之前那么长的时间不急（当然也可能是客观所限，之前的检查手段查不出来），不主动去做癌症筛查，甚至有了不舒服也不重视不去看，现在急这十天半月？有人会说，癌症会长的啊，难道看着癌症长？医生当然知道这一点，但多数癌症长得没有那么快，而且你没弄清楚情况，前期的诊断和准备工作做得不充分，比如诊断不清晰、分期模糊，之后的治疗反倒耽误事，正所谓“磨刀不误砍柴工”。

有的人一开始急得不行，一旦要治疗了，跟他商讨方案时，他又不急，说要回家跟七大姑八大姨商量一下。结果一商量，一星期过去了，这个时候似乎又不急，医生开始急了。这个真不是个别现象，我经常遇到这种病人和家属，让人哭笑不得，却又无可奈何。

重视治疗前的检查和诊断工作，先把问题弄清楚再开始治疗，从一开始就尽可能把方向走对，在诊断上花的时间永远是值得的。方向不对，可能南辕北辙，初诊初治至关重要，这一点大家一定要牢记。生活中，有的事是有后悔药可吃的，万一选择不对，重新选择也影响不大；有的事则没有后悔药可吃，方向错了可能结果完全相反，甚至没有回头路可走，可能完全改变命运。

但问题是，作为普通老百姓，想要正确选择初诊的医院和医生，是有些难度的。目前在中国，相关的科普远做得不够，老百姓普遍缺乏基本的医学知识，想要一下子教会老百姓怎样选择，难度太大。

希望以下文字能或多或少对大家有所帮助和启发，仅供参考。

首先，在看病时不要只看医院的名气、规模。

有名气的医院，规模大的综合医院，不见得癌症的诊治水平一定高，可能它只是综合实力强，可能只是规模大、床位数多，或者某方面的疾病诊治有特色、是国内一流，比如它的心内科专业数一数二，而其他方面（包括癌症诊治方面）却可能只是三流，或者只是因为所谓的高学历人员多，跟治病没有多少关系的基础科研课题论文多，所以，不能只看表面。就像有的著名大学，并不是所有的专业都数一数二，有的专业甚至只是二流三流。

但很多人偏偏就喜欢看表面的东西，所以经常有人在当地正规的肿瘤医院



或肿瘤科看得好好的，后来转到北京上海广州某个所谓大医院（综合医院）进一步诊治，就乱套了。因为他找的这个所谓大医院，尽管名气很大（其实是其他某个学科的名气大），或者医院的规模大，可它的治癌水平却可能很一般。

其次，选择医生时，不要只关注和看重医生的名气、头衔、学位，甚至所谓的口碑。

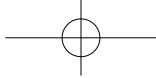
一个医生的名气来自多方面，有的是因为善于社交应酬、擅长搞关系，虚衔很多，名片上印了一大堆各种头衔，中看不中用，也许他的时间精力根本不在治病上；有的是因为发表论文数量多，或者擅长搞基础科研课题（跟治病不直接相关），这样也可能名气很大，但实际的治病水平不见得行。有的人学位很高，学位其实更多的是体现科研水平，与临床治病水平不成正比，正如一个人的文化修养，其实在高中基本奠定，后面的学习更多的可能只是在学习专业。博士主要不是研究看病的，甚至可能还影响看病，因为他大把的时间泡在实验室做实验，这种实验和治病完全是两回事。当然我的意思不是说博士肯定不行，而是说不要只看重学位，学位与治病没有必然的关联。

有的人说，那我看口碑总可以吧，一般来说，看口碑要比看头衔学位可靠，但也不是绝对的。有的医生很擅长说话，很会套人心，但口是心非，一般人看不出来，其实这样的医生可能根本不是真正为病人着想，表面看着很好，实际心存私利，但由于能说会道，病人或家属还会说这个医生好。有的医生很实诚，不喜欢搞虚的，一是一，二是二，选择治疗方案会切实为病人考虑，在实际用药上也同样会为病人考虑，不必要用的药尽量少用或不用，但这种真为病人着想的医生由于嘴巴不甜，反而病人可能不认同。

我的意思当然不是说不看名气、头衔和口碑，当然要看，而且这些是重要的参考，因为不少医生的名气头衔口碑确实是实力和水平的反映，但是不要只看这些，否则容易被误导。选择医生，需要综合各方面的信息，毕竟癌症是大病，在医生良莠不齐的时代，不能随便选一个了事，也不能盲从别人，不能只看表面，要多学习，掌握一些技巧。

当然，想要将功课做全做足是很难的，所以平时要学习，要多积累基本的医学常识和肿瘤知识，临时抱佛脚就会吃力困难得多。另外，利用人脉关系或通过网络咨询也可以间接地了解尽可能多的信息。

重视看病技巧，懂得基本的就医门道，有时这是决定命运的第一道坎。



(四) 不打无准备之仗

对于治病，病人自己也要发挥主观能动性，积极参与进来。如何参与进来？这同样也是很有讲究的。但多数人并不懂得怎样参与，要么是不参与，任人摆布；要么是瞎掺和，参与变成了添乱。

所谓参与，可不能只是表面的形式。由于医患在医学知识的掌握上存在天然的不对称，作为患方似乎不可能有真正的参与，参与的前提是至少要有一定的医学知识储备，否则参与就只能成为添乱。但治病又不能只是医生的事，也应该是病人和家属的事，作为病人和家属，至少要做到有所准备，正所谓不打无准备之仗。

说到准备，很多人第一个想到就是要准备足够的钱，不得不说，这确实是一个重要方面，特别是对癌症诊治来说。我们当然希望医疗保障体系能完善，全民享受免费医疗，但目前不可能做到。

癌症是大病，很花钱，有时候有钱不一定能买来命，但没钱肯定会影响到诊断和治疗方案的选择，不同的方案，疗效可能会有所不同，甚至有时候有钱与没钱，结果有天壤之别。没钱而无奈放弃治疗的例子太多了，每每想起就令人心酸心痛，说起来全是泪，可作为医生的我，对此也无可奈何，唯一能做到的就是帮病人尽可能节省，把每一分钱用在刀刃上。

大病当前，有的人会到处借钱或变卖家产，对这个问题，我的看法是：一定要视情况而定，量力而行。对于那些治愈希望很大的癌症，比如多数早期癌症、某些淋巴瘤、白血病、睾丸癌等，如果确实经济困难，采取借钱或变卖部分家产的做法，我不会太反对。而如果是那些晚期无法治愈的癌症，家里确实经济困难，是否要倾其所有来治病，值得商榷，我一般会将治癌方面的信息与病人或家属充分告知沟通，协助病人和家属做出恰当的选择。

如果条件允许，建议在基本的社保医保之外，平时尽量买些商业健康保险，在需要的时候可能会帮你一把，甚至雪中送炭，救你一命。大病面前，有医疗保险和没医疗保险的人所承受的经济压力完全不一样。



经济的准备只是一个方面，另一方面是心理准备。中国人的防癌意识普遍欠缺，总抱有侥幸心理，认为癌症这种事不会摊到自己身上，所以，一旦听得了癌症，完全没有思想准备，不知所措，有的干脆放弃治疗，典型的“未战先败”，有的则忙于找江湖郎中或偏方秘方神医妙药，结果上当受骗，被骗了钱财还耽误了病情。

所以大家应平时积累一些基本的医学常识，知道癌症可以治疗，至少是可控的，而不是动不动就放弃，或所谓的“回家等死”而错过治疗时机。对癌症本身要有一定的认识，能较客观并理性地看待自己目前的病情，这样就不会“病急乱投医”，也不会乱了方寸，这是正确就医的第一步，也是战胜癌敌的第一步。

心理是否恐慌与认识的深浅有相当大的关系。没有基本的肿瘤知识，自然就不会对癌症有正确客观的认识，就必然难以做到心理上不恐慌；对癌症有基本的认识、对治疗手段有基本的认识、对治疗可能带来的毒副反应有基本的认识、对癌症的随访复查和癌症的康复有基本的认识，这样在癌症的治疗过程中，既可有效地与医生进行沟通，不会一头雾水，更可以做到心中有数，既能遵从医生的意见，又不会完全迷信医生。要作好必要的知识准备，就像是打仗时要对可能用到的武器有所了解、对作战方案有所了解、对可能面临的困难有所了解。

最后还得说一下社会和家庭方面的支持。癌症的治疗可不只是医生和病人的事，还需要各方面的支持与配合。来自社会和家庭的支持至关重要，正如打仗要有很好的后勤保障，否则要么一开始就打败仗，要么胜利果实难以保住。

很多癌症病人不怕癌症，却怕社会的冷眼和冷漠，很多癌症病人不是死于癌症本身，而是死于家人的漠不关心。妻子患癌，丈夫无情，或冷漠以待，或借机抛弃；老人患癌，儿女不管家人不顾，没有经济来源，没有陪护照顾。癌症之外，病人再遭致命心理打击。人间冷暖，唯在病床！

做足功课，不打无准备之仗，这门功课，你必须得做好。



2

命运不是那轱辘

不因幸运而固步自封，不因厄运而一蹶不振。真正的强者，善于从顺境中找到阴影，从逆境中找到光亮，时时校准自己前进的目标。

——易卜生

年纪稍大一些的人可能都听过电视连续剧《轱辘、女人和井》的主题曲《命运不是轱辘》，所谓“轱辘”，就是水井上打水时收绳子用的轴，通过把手，可以正反方向旋转，用于把水桶放进水井里或从井里把水桶拉上来。

有时候人的命运就像是轱辘，任由外力转动摆布，无法自主。患癌固然不幸，但更大的不幸是对癌症治疗一无所知，要么听天由命放弃治疗“在家等死”，要么任人摆布毫无主见，不是听这个说，就是听那个说，反正是糊里糊涂看病，糊里糊涂治病。

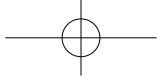
命运其实不该是轱辘，自己的命运应该自己来支配，正如歌中唱的那样，“要挣断那井绳”，做个明白人。对癌症病人来说，想要把命运握在自己手中，可不能只是说说而已，必须要对癌症的诊疗有基本的认识，才会心中有数，才会有自己的主见，也才不会迷信和盲从，不会上当受骗，才可能少走或不走弯路，不受人摆布。

(一)

有一种迷信叫“手术刀”

有人说中国人大多迷信中医，但仔细一想，我倒觉得中国人似乎更迷信手术。

除了感冒之类的小毛病，只要是大一些的病、重一些的病，第一个反应往往是“能不能手术？”问医生最多的第一句话也通常是：“医生，要不要手术？可以手术吗？什么时候安排手术？”似乎得了大病重病，除了手术就没有其他办法了。



这不，远房表姑给我打来电话：“战和，你姑父他老父亲因为老是感觉鼻子堵堵的，到大医院检查（注：县医院，县医院就是当地最大的医院），检查结果出来说是鼻子后面长了肿瘤，医生让尽快转到省里医院做放疗化疗，我们问医生什么是放疗化疗？医生说是用射线照，然后打针吃药，可我们看人家得了癌症都是马上手术，他得的这个癌症为什么就不做手术？癌症不是都得做手术吗？所以特地打电话问问你，不做手术切掉那个癌症能行吗？”

我一听，鼻子后面的癌症，还放疗化疗，我估摸着应该是鼻咽癌，于是追问道：“姑，您手头有医生的诊断报告书之类的东西吗？如果有，您把医生写在诊断报告书上的那个病的名字念给我听一下。”

“有有有，我找来给你念一下……嗯，这个上面写的是鼻咽癌二期，这个要紧吗？不能做手术吗？”

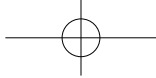
果然是鼻咽癌！

鼻咽癌是一种具有明显地域分布特点的癌症，在中国的华南地区较为高发，尤以广东最高发，因此又被称为“广东癌”。我这表姑早年嫁到广东中山，老公一家都是正宗说广东话的广东中山人。鼻咽癌由于解剖部位特殊，加上对放疗化疗比较敏感，因此，手术在鼻咽癌治疗中的价值很有限，放疗（放射治疗）是主要治疗手段，早期鼻咽癌单纯根治性放疗就可以治愈，中晚期鼻咽癌则采取同期或序贯放化疗为主的综合治疗。大家都知道，多数实体肿瘤如果是早期，以手术切除为主。但鼻咽癌不是这样的，像我表姑她公公，二期是早期鼻咽癌，从癌症本身来说，手术当然可以，但这个部位的手术不好做，破坏性大，病人生活质量会明显下降，而鼻咽癌对放疗化疗较为敏感，可以达到甚至超过手术的效果，完全可以替代手术，所以鼻咽癌即便是早期，多数情况下也不必首选手术。

当然，这只是针对鼻咽癌而言，不能顺推到其他癌症，每一种癌症的治疗策略和方法都不一样。

我跟表姑说：“这种癌一般不必做手术，做放疗和化疗就可以，县里条件有限，老家的医生说得对，听他们的安排转到省城医院吧。”表姑忙说：“好，那就转到省城医院吧。”

有一天上午查房时，12床病人的儿子把我拉到病房外，问：“潘医生，什



么时候给我爸安排手术啊？钱不是问题，我工作太忙，昨天刚从海南飞过来，能不能这几天把我老爸的手术给做了，帮个忙，做完手术，我才能安心，我还得赶回去，公司里一大堆事等着我呢。”

由于之前一直是病人的女儿在照顾老人，他这个儿子因为在外地，这是第一次来，也是第一次和我见面，尽管之前跟家属谈过病情和治疗的总体安排，估计家属之间也没怎么沟通，我只得再解释一次：“你爸呀，得的是一种叫做淋巴瘤的恶性肿瘤，不必做手术，主要靠化疗，后面再根据情况决定要不要补充放疗。”

“不必做手术？怎么可能？癌症不是都要做手术吗？而且我妹前几天给我打电话，让我赶回来，说这几天安排化疗手术，所以我就特地赶回来，我忙归忙，但老爸得了这么大的病，做这么大的手术，我还是得赶回来。潘医生，你不用操心钱的问题。”

我一听差点晕倒，我说：“这不是钱的问题，而且你说什么化疗手术？化疗是药物治疗，就是打针吃药，不是手术，哪有什么化疗手术？化疗是化疗，手术是手术，不是一回事。”

一说到癌症，就马上想到手术，连化疗也认为是手术，这得有多迷信手术啊，满脑子都是手术。这当然不怪大家，某些媒体记者在报道癌症治疗时也同样给大家误导，我就曾看过某记者给患癌儿童写的报道：“孩子近期将要进行化疗手术，需要高额手术费，希望大家献出爱心、伸出援手，帮助病人渡过手术难关”。化疗手术？唉，这基本概念都没有弄清楚，完全是一笔糊涂账，估计某些记者根本没搞清楚化疗和手术是咋回事，科普真是永远赶不上不懂装懂但又不肯找专业人士过目核实的报道，也许科普应该先从某些媒体记者开始做起。

病人的儿子一听，马上说：“化疗不是手术？可我爸得的不是癌症吗？癌症不是都要做手术吗？光打针吃药不做手术能行吗？切掉多干脆，可别给耽误了。”这语气中满满的是不信任啊。

唉，看来得花点时间好好跟他谈谈，治疗前可不能让病人或家属带着疑问。我说：“这样吧，等查完房后我单独找你聊一聊你父亲的病情和治疗安排。到时有什么疑问，我再慢慢跟你解释。”他将信将疑，点头说：“好，我等你。”



其实，像淋巴瘤、白血病这类癌症（老百姓俗称为淋巴瘤、血癌），手术价值非常有限，除了用来活检或偶尔少数情况需要借助于手术协助外，它们的主要治疗手段就是化疗，以及靶向药物治疗，有时也借助于放疗。它们在本质上就是全身性疾病，这就决定了，不管是早期还是晚期，多数情况下靠手术切除解决不了问题，必须要靠能到达全身各部位的药物（化疗药、靶向药）来治疗，而且其中的很多类型，治愈的可能性还很高。如果盲目进行所谓的“根治性”手术，可能会起到反作用。

不是所有的癌症都需要手术，迷信手术可能会付出不必要的代价。不同的癌症有着不同的治疗方法，手术是重要的治癌手段，但不是唯一的手段。

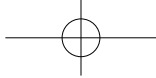
大家应该还记得前面说到的我同学丽君的父亲，尽管我将一切安排得妥妥帖帖，丽君和她母亲还是有些心急，有一天，找到一个机会丽君很委婉地向我提出：“战和，什么时候能给我爸安排手术啊？”

丽君对癌症手术的看法和上面提到的案例中的家属如出一辙，迷信手术，得了癌症认为接下来肯定就是安排手术。淋巴瘤多数情况下根本不需要手术，这个我在前面多次提到过，看来我还得对丽君进行科普教育，尽管她也算是有知识的人，但受教育层次的高低与对医学知识的了解并不成正比。

不过也不能怪人家，毕竟不是学医的人，中国的教育永远缺医学这一课，连中学的一点可怜的生理卫生课都上得遮遮掩掩，有的学校根本就是跳过不上。普通老百姓对癌症的治疗也就停留在“得了癌症要手术”这个层面，不要说一般的老百姓，就算是有些医护人员，也不见得能弄清楚。

我跟丽君说：“你父亲这个病啊，我前面说过，先要把在那家小医院取得的活检组织拿到我们这里的病理科核实一下诊断，并进行淋巴瘤的分型诊断，这个工作我们正在进行中。淋巴瘤有几十种，治疗的策略安排和方案有所不同，某些类型在某些情况下甚至不一定要治疗，单纯随访观察就可以，有的则必须要积极治疗。但不管怎样，多数情况下淋巴瘤的治疗以药物治疗为主，包括化疗和靶向药物治疗。”

丽君和她母亲似乎仍存有一丝疑虑，这从她们的眼神可以看得出来。有时候，正是由于医学知识的不对等导致医患难于互信，熟人尚且如此，更不要说一般的病人和医生之间了。医学教育的缺乏，导致公众普遍对基本的医学知识不了解，在这种情况下，医患沟通起来自然费神费力，也就难于建立起充分的



医患互信，所以，医生有科普的义务，而民众也应该去主动学习医学常识。

有一次我坐诊专家门诊，刚到诊室坐下，水还没来得及喝一口，急匆匆走进来一对三十岁上下的年轻男女和一个六十来岁的老年女性，像是农村来的，风尘仆仆的样子。我一边示意他们坐下，一边询问病史了解情况。

原来，这对年轻男女是兄妹，哥哥在厦门岛外郊区打工，老年女性是他们的母亲，母亲和妹妹在老家龙岩某县，这次带着母亲从老家赶来看病。通过病史问询，以及他们带来的资料，我了解到：他母亲由于胃痛在当地医院做胃镜检查，并取了活检，诊断是胃癌，但同时检查出双肺有多个结节，考虑多发肺转移瘤，当地医生说做不了手术，让做化疗。他们不相信，说癌症不手术怎么行？而且听人说化疗太毒太伤身体，坚持要手术，那里的医生又坚持不给做手术，于是来到我这里。

应他们的要求，妹妹先带母亲出诊室等着，为的是不想让母亲知道病情，这种中国式隐瞒病情，前面我已经专门讨论过，尽管我并不赞同，但也基本接受。妹妹把母亲安排好后，进来和哥哥一起等我的意见。

我把他们带过来的肺部CT认真阅看了，双肺多发的转移结节，确实没有手术机会。尽管他们的眼中满是期待，但我必须要如实相告。我跟他们耐心解释说：“这癌症吧，如果发现得早，癌症长在很局限的地方，没有扩散到其他地方，当然以手术为主，也就是开刀把癌症切掉。就像是一棵树，还没长起来时，根伸得不长，也没有将种子播撒到其他地方，如果要拔掉它当然很容易，而且可以拔得很干净，拔掉后它再长起来的可能性很小。可是如果这棵树已经长得枝繁叶茂，根扎得已经很深了，并且已经伸到很远的地方，甚至开了花结了种子，种子还播到更远的地方，这个时候你想要完全拔掉这棵树，难度会很大。当然你可以直接砍掉这棵树，但它的根系长得深、伸得远，即便砍掉树，残留根系很快又会长起来，而且它的种子已播到别的地方，也会再长起来。”

兄妹俩静静地听着，频频点头，但仍不死心：“那潘医生，我们可以把树干和根，还有远处的种子一起给它砍掉和捡起来丢掉啊，这样不就行了吗？”

我估计很多人都有这种想法，得了癌症，切掉！有转移，那就把转移的病灶也切掉！想法是好的，但其实癌症哪有这么简单。

我接着解释：“可不能哪里有肿瘤就切哪里，就像你们母亲得的这个胃



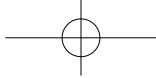
癌，只要她的身体能承受手术，当然也可以通过手术把胃上的肿瘤切除，但难度较大。而且最重要的是，即便能切除，这种切除毫无意义，切除后会很快长起来，而且由于已经转移到肺了，并且不只是一个转移灶，根本不可能切完的，就算是切完，肺的病灶是怎么转移过来的？可不是跳过来的，是通过血液转移来的，这就表示其实你们母亲的血液里面也有癌细胞。它除了已经转移到肺，可能在其他地方也已经扎根了，只是因为还没有长到肉眼可以看到的大小，目前的检查还不能发现，所以即便切掉了胃，也切掉了肺，癌症可能很快在其他地方又长出来了。因此，这种情况并不是手术本身做不下来，而是根本不能手术！”

兄妹俩这下似乎算是大概弄明白了，我趁热打铁继续解释：

“癌症以手术为主，总体上确实如此，但这是指早期或者中期的癌症，像你母亲的胃癌已经发现有多发的肺转移了，这属于晚期，是最后的一期，这种有远处转移的晚期，肿瘤根本切不掉，也切不得，即使切了，在原来的地方或其他地方也会很快长起来。所以，你那里的医生说得对，你母亲这种情况确实只能化疗。当然，如果你们家里经济允许，可以考虑进行免疫组化或基因检测，如果符合使用条件，可以加靶向药物治疗。但加了靶向药物也只是能稍稍多延长一点时间，最终仍是不能根治。所以，要不要加靶向药物你们根据经济条件来决定，不要勉强。至于化疗，从节省费用的角度考虑，在当地医院化疗就可以，方便照顾，农保报销的比例也高一些，不必非要大老远到我这里做化疗。”

尽管从他们兄妹的眼神中我看到了深深的失望和伤心，但我必须说实话，因为唯有说实话才能让他们面对并接受现实，然后做出理性的选择。

为什么花这么大的篇幅说“迷信手术”的事？因为我见到太多这样的病人，不该手术的最后却做了手术，切，切，切，很多病人或家属对手术过度迷信甚至崇拜！也有的情况是，尽管也可以手术，但最佳的策略方案应该是先进行化疗或放疗，然后再进行手术，但往往病人和家属由于迷信手术，急着要求手术，于是匆匆手术，最后导致手术进行得费力困难，甚至有时切不下来，或者切不干净（切缘阳性，肿瘤有残留），这当然会影响到最后的预后（结局），手术后容易复发。



不只是老百姓迷信开刀，有的外科医生也迷信自己手里的那把刀，以为一把手术刀可以打遍天下。殊不知，同样是一把刀，用得好，是救命刀，用得不好，那就是杀人的刀。做手术，当然也要天分，但多数情况下，只要多做多练，本身可能并不难，难的是把握好“切”的分寸。癌症治疗，绝不是一刀“切”下去那么简单。

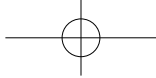
治疗癌症，就像是和鬼子打仗，打仗当然得要武器，而癌症治疗的“武器”，也就是治疗的各种方法和手段，主要包括外科手术、放射治疗（放疗）、化学治疗（化疗）、生物治疗、靶向治疗（也可以归为生物治疗的一种）、微创介入治疗等。其中的外科手术、放射治疗、介入治疗等属于局部治疗手段，主要针对局部的癌症病灶，而化学治疗、靶向药物治疗等都是全身性治疗手段，除了对局部癌症病灶有作用，对扩散转移病灶也能起到杀伤或抑制作用。

癌症几大治疗手段中，最经典的也是历史最悠久的就是外科手术，此外就是放射治疗（放疗）、化学治疗（化疗），这三者是癌症治疗的三大传统支柱性手段。外科手术、放射治疗的应用历史已经超过百年以上，发展已经比较成熟。化学治疗的应用是20世纪40年代之后的事，但发展很快，也已经较为成熟。近些年来，生物治疗（包括免疫治疗、靶向治疗和基因治疗等）逐渐兴起，已成为继手术、放疗、化疗之后的第四大治疗手段。

武器摆在那里不知道怎么用，就是毫无用处的废物一堆。治疗癌症除了要知道有哪些方法手段，更重要的是要知道这些手段各有哪些长处和短处、怎样使用它们、如何发挥各自的长处、如何尽量避开短处。无论是打仗还是治病，懂得怎样使用武器才是关键。

手术、放疗、化疗、生物治疗四大治疗手段，各有优缺点，可以互相补充，但多数情况下不能互相替代。手术和放疗是局部治疗手段，侧重于消灭或控制癌症的局部病灶，是早期癌症的主要治疗手段，并在某些情况下配合化疗用于晚期癌症的治疗；化疗和生物靶向药物治疗是全身性的治疗手段，既用于控制癌症局部病灶，更重要的是它还能控制癌症的全身扩散，是晚期癌症的主要治疗手段，并在某些情况下作为辅助手段配合手术或放疗用于早期癌症的治疗。

显而易见，外科手术治疗癌症就是通过手术切除癌症的方法，将癌症的病



灶尽可能彻底清除干净以实现根治癌症的目的，或者通过姑息性部分切除病灶，从而减轻晚期病人的痛苦或改善某些功能以提高生活质量。毫无疑问，手术确实是最重要的癌症治疗手段之一，而且也是目前阶段治愈癌症的最主要手段，多数早期或中期的实体癌症，一般以外科手术为主要治疗手段，必要时辅以放疗、化疗或靶向药物治疗以进一步提高疗效，减少复发的可能。

手术的优点是可以把肿瘤直接给切掉，尽可能除根，但这只是理论上的，癌症有时并没有那么好对付，就像是砍树拔草，表面上看起来可能树砍掉了，草拔掉了，但其实它的根系还有残留，或者它的种子已经在附近甚至更远的地方播下了，只是你暂时看不到罢了。等以后的某个时候，它就可能再次长出来，或者它的种子重新发芽生长出来，这就是所谓的癌症复发了。所以，除了极早期的癌症可以单纯通过手术彻底断根外，多数癌症在手术后还需要配合其他手段，比如再在原发癌灶及周边部位加上放疗，把可能残留下来的、手术没有切干净的“根系”用射线给“烧死”；又比如，手术后再加上化疗，目的是尽可能除掉那些已经播散到附近或远处的“种子”，以免它再次长出来。很显然，手术不是万能的，它的缺陷也是显而易见的，想单靠手术刀解决所有的癌症问题多数情况下是不可能的，也是不现实的。“一把手术刀打天下”的时代早已成为过去，现在是综合治疗时代。

（二）

化疗放疗，傻傻分不清

由于很多人医学常识的缺乏，一些陈旧观念又根深蒂固，想要改变他们的观念还真不是一朝一夕能做到的。除了对手术迷信，很多人对化疗、放疗也是一头雾水，完全是傻傻分不清，甚至很多非肿瘤专科的医生也一样，闹出不少笑话，让人哭笑不得。

记得有一天我上午查完房回到办公室，刚拿起水杯想要喝口水补充补充水分。这时22床的家属（病人的儿子）就跟进来了，看表情似乎有不满的情绪，刚才查房时不还好好的吗？还说感谢我费心。



我赶紧放下水杯，问他是不是还有什么事没弄明白。家属说：“潘大夫，我父亲说您昨天说好了今天给我妈安排化疗，你下面那个小王医生还找我父亲谈话签了字呢，刚才您来病房查房时也说今天开始化疗，怎么这么晚还没开始？”看得出，他的眼神中略带怨愤。

原来是嫌化疗开始得晚了，我一看时间，这一轮查房下来，现在都快十点半了，这会儿应该已经开始化疗了才对，也许今天病房的化疗病人比较多，护士比较忙，我说：“你别急，我帮你去看看。”也顾不上喝水，随即回到22号病床边，家属也跟了过来。我看了看点滴，化疗已经开始了，正在进行中，我说：“已经开始了啊，这会儿正进行着呢。”

家属不同意了，说：“潘大夫，这就是你的不对了，可不能这样糊弄我，我妈不还躺在病床上吗？而您也还在这里，怎么就开始了？”

我彻底晕菜了，难道他认为化疗是什么？我说：“这就是化疗啊，现在你妈妈正在吊点滴的这个药就是化疗药，就是那个用黑布包着的吊瓶。”

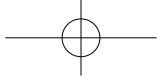
“您是说这个用黑布包着的吊瓶？这打点滴就是化疗吗？”家属指了指病人床边那个点滴瓶。因为用的是紫杉醇，这种化疗药一般建议尽量避光，滴注时用遮光袋套住液体，用棕色避光输液器滴注。为什么要这样做？因为有些化疗药对光敏感，在配制和使用过程中必须严格避光，有的化疗药只要一般性避光就行，有的化疗药则没有避光的要求，这个要根据具体的药物而定，不同的化疗药有不同的要求。

“对啊，这就是化疗啊，化疗就是打点滴或吃药，但这个点滴可不是一般的点滴。昨天跟你父亲说得很清楚，不过不怪你，昨天谈化疗方案和签字时你刚好不在。”

“可我听说化疗是让病人躺在一种机器里，然后用什么射线把癌细胞杀死。”

前面那个淋巴瘤病人的儿子把化疗当做一种手术，这又来一个化疗和放疗分不清、把化疗当放疗的。在医生眼中完全是常识的东西，很多普通老百姓可能还完全是一头雾水，基本名称概念没弄清。得，只能再费神解释了。

“你说的那叫放疗，也就是放射线治疗，不是化疗，化疗和放疗是不一样的。化疗是药物治疗，用的是化疗药物，你母亲的肿瘤已经晚期有转移了，不能手术。放疗和手术都是局部治疗，对你母亲来说价值不大，她主要采用化疗



的方法。也就是现在点滴的这个化疗药物，逐渐进到血管里，随着血液循环到达全身各处，当然也包括有癌细胞的地方，这样就可以杀死癌细胞。而放疗呢，也就是你说的那种用射线杀死癌细胞的方法，它只是一种局部治疗手段，主要用于早期的比较局限的肿瘤，它不能作用到全身，因此对于有转移的晚期肿瘤，它的作用有限，只在偶尔的情况下会用到。比如骨转移伴有疼痛，可以考虑针对这个骨转移部位进行姑息放疗，起到减轻疼痛、降低骨折风险的作用，但主要治疗方式还是化疗，当然有时也包括靶向药物。昨天跟你父亲沟通过，考虑到经济情况，暂时不加靶向药物。”

他点了点头，似乎听懂了，但看他的眼神，又似乎还是不太相信，那意思化疗就是躺在病床上，打打吊针就完事？化疗这么简单啊？那还花那么多钱？

这种情况还真不少见，很多人认为癌症是大病，是会死人的病，治疗应该很复杂，哪能这么轻描淡写？比如手术，就很隆重，得进手术室，手术室可不是随便什么人就可以进进出出的。手术那天七大姑八大姨一大堆亲戚来探望，不管这种探望有没有实际用处，反正都要围过来表示关心（其实多数是添乱），一大堆家属和亲友在手术室外面焦急地等着，手术当然得要麻醉师，得有主刀医生，甚至还得按所谓的中国式做法给主刀医生塞塞红包或请吃饭之类的，这样才算是一件大事，才符合多数中国人固有的治大病的模式。又比如放疗，病人得要进到一个特别的地方，要躺在一种很特别的很贵重的大机器里面，家属进不去，也看不到，只能在外面等着，充满神秘感，这样才“高大上”，才算是重视，才算是治疗癌症这样的大病。哪能像现在这样，就躺在普通的病房里护士给挂个点滴就算完事？而且花的钱一点也不少，这简直是在忽悠病人和家属。

事实果真是这样吗？当然不是！

化疗表面上看起来似乎挺简单，其实本质上却很复杂，它的复杂性一点也不亚于手术和放疗，不过老百姓一般看不出来，因为大家通常只看表面形式。而化疗的复杂性不是体现在表面的操作过程，而在于化疗方案的个体化制订（该不该化疗、适不适合化疗、选择什么方案才是最佳、剂量如何调整、要不要配合其他治疗手段等）、化疗的执行过程（用什么溶媒配化疗药、化疗药的点滴时间长短、先后顺序、预处理等）、化疗毒副反应的处理以及方案和化疗剂量



的调整、各种细节的个体化处理，等等。这些东西多数是无形的，但体现的是医生的思考和水平，似乎看不见也摸不着，但最终病人能感受到并从中获益，比如最终的治疗效果、病人对治疗的感受、毒副反应的预判和及时处理、治疗过程的顺利与否等。

说到最终的治疗效果，有时不能只看到眼前的所谓肿瘤缩小，比如某些类型的淋巴瘤，懂一点皮毛的医生给病人随使用点“强的松”或“地塞米松”之类的激素，肿瘤就缩小了，甚至当天肿瘤就缩小，有的病人或家属一看，哇，这医生太神了，其实他不知道，这并不是这个医生的功劳，有的淋巴瘤本身的生物学特性就这样，对治疗高度敏感，淋巴瘤的初治一定要规范，如果只是用一点激素就了事，或者随意降低化疗剂量，这种不规范的治疗，从长远来说，是害了病人，但这背后的真相很多人根本不了解。

又比如，有的癌症在进行根治性手术后需要进一步进行术后的辅助化疗，手术已经切掉了可见肿瘤，做化疗的目的是“清扫战场”，杀灭可能残存的肉眼和影像检查“看”不到的癌细胞，这个化疗的“疗效”并不是看肿瘤有没有缩小，因为已经没有可见的肿瘤（已经切掉了），何来缩小？它的疗效不是肿瘤缩小，而是尽量降低将来复发的概率，延长病人的生存时间。术后辅助化疗的目的就是为了降低将来癌症复发的概率，有的医生术后辅助化疗不按规范执行，选择方案很随意，甚至凭主观经验，随便更改方案，自己组合药物，将用于晚期癌症的药物方案想当然地认为对辅助化疗也有用，就拿到辅助化疗中采用，或无理由无依据随意降低化疗药物剂量，以上种种势必会影响“疗效”，也就使将来复发的风险增加，让本来不复发的复发了，本来可以延迟复发的提前复发了。

对这里面的道道，病人和家属（甚至有的医生）根本感受不到，诸如此类，还有很多例子。如果你只看表面的东西，化疗确实就是打点滴吃药而已，如果你能看到本质，化疗要考虑的东西太多了，化疗的复杂性甚至要超过手术和放疗。

暂且不往深里说，基本概念弄不清的大有人在。连化疗与放疗是做什么的都分不清的人其实不只有病人和家属，不只是普通老百姓，有些非肿瘤专业的医生护士也一样分不清。由于分不清化疗和放疗，对化疗科和放疗科自然也是一头雾水。对什么科负责什么治疗一知半解甚至一无所知，更不要谈什么详细



了解各专业具体负责的诊治内容了。

先说说什么是放疗。放疗其实就是放射治疗的简称，有些地方的老百姓把它叫做“电疗”，也就是用某种放射线对癌症病灶进行“照射”，从而杀死癌细胞。大家经常听到的所谓“X刀”、“ γ 刀”、“光子刀”以及最新的高端“质子重离子治疗”等其实也都属于放射治疗。本质上，放疗跟手术一样是一种局部治疗手段，只不过用的不是手术刀而是放射线，也就是对癌症的局部病灶进行放射线照射从而杀死局部的癌细胞。

放疗有什么用处呢？放疗可以作为手术后的配合手段巩固手术取得的成果，防止癌症在局部复发。手术把肿瘤切掉了，但可能还会残留一些肉眼看不见的根系，这是将来癌症局部复发的源头，这个时候可以考虑对手术部位及周边用放射线进行照射，以杀灭可能残留的癌细胞。放疗还可以在手术前进行，也就是作为手术前的配合手段，在手术前先进行一段时间的放疗，目的是为了缩小肿瘤，让手术更顺利，从而取得更好的效果。另外放疗还可与化疗配合进行，相互补充。当然，放疗更突出的作用是把它作为主要的治癌手段去根治癌症，有部分癌症可以通过放疗手段得到根治，比如早中期的鼻咽癌，放疗是主要的根治性治疗手段；早中期的宫颈癌，放疗也是主要的根治性治疗手段。另外，部分不能耐受手术的癌症患者，并不是癌症本身不适合手术，癌症本身是早期的，可以手术，但由于病人的身体状态不好，或者合并一些其他疾病，可能承受不了手术的打击，这个时候也可以考虑把放疗作为主要的治疗手段来替代手术治疗。

大家要记住的就是，放疗是一种射线治疗，是一种局部治疗，也就是它只能针对局部的癌症病灶，对已经全身转移的病灶，它的价值非常有限。

那什么是化疗呢？化疗是化学治疗的简称，更准确说是化学药物治疗或细胞毒药物治疗，它是通过静脉点滴、静脉注射、肌肉注射、皮下注射、口服等途径把化学药物输入病人的体内，进到血液循环，然后随着血液循环到达全身所有血液供应的部位，当然也包括癌症所在的地方，从而可以杀灭癌细胞。因为化疗药可以到达全身，是全身性的治疗手段，因此对有远处转移的癌症可以进行有效的治疗，甚至起到根治的效果，特别是淋巴血液系统的癌症（如淋巴



瘤和白血病等)、小细胞肺癌、恶性生殖细胞肿瘤(如睾丸癌)等都是把化疗作为主要的治疗手段。但同时正因为化疗药可以随血液“流”遍全身各个部位,它当然不会只到癌症所在的地方,也会到正常组织器官,所以化疗的选择性差,除了杀灭癌细胞,对正常细胞也同样会杀灭,也就必然会带来相应的毒副反应。其实所有的治疗永远都是伴随着副作用的,有得必有失,手术和放疗也一样有副作用。比如手术可能会导致后遗症,会带来身体伤害,有的可能伴随终生;放疗可能会导致放射性肠炎、放射性肺炎、放疗后口干等。总体上,随着新的有效解毒药物以及预防和治疗毒副反应的药物越来越多地问世,化疗的毒副反应多数可以有效处理和预防,不必过于恐惧化疗。

所有的治疗手段都有适用范围,关键是用对病人、用对时间,大家可以简单地记住的就是,对早中期癌症,化疗是手术或放疗的配合治疗手段,对晚期癌症来说,手术或放疗基本没多少地位,主要得靠化疗,甚至化疗是唯一可以采用的治疗手段。对有些癌症来说,比如某些类型的淋巴瘤、白血病、恶性生殖细胞肿瘤等,不管是早期还是晚期,化疗是最主要的治疗手段,有时单纯靠化疗就可以治愈。当然,癌症治疗远没有这么简单。

大家可能还听过靶向治疗或生物免疫治疗,总体上也归属于肿瘤内科的范畴,这里也先简单地提一下,后面会有专门讨论。所谓生物治疗,也就是诸如各类免疫治疗、基因治疗、分子靶向药物治疗等。但目前除分子靶向药物治疗以及极少数的免疫治疗外,多数生物治疗还处在研发阶段,尚不够成熟,没有达成广泛共识,因此多数也未进入治疗的指南和规范。因此,这里只简要说一下分子靶向药物治疗。

分子靶向药物治疗是近十多年来发展最迅速的癌症治疗手段,而且取得了显著的成绩,已经成为癌症治疗最主要的治疗手段之一,甚至医生似乎开口必谈靶向药物治疗,也就是大家经常听到的靶向治疗。很显然,从字面上就可以理解,靶向药物治疗具有很强的靶向性,也就是针对性很强。很多医生在向患者或家属介绍这种治疗手段时,会用导弹来打比方,这个确实很形象,如果说化疗药物就像是一般的炮弹炸弹,在炸死鬼子的同时,也可能伤到好人,而靶向药物就像是导弹,可以定向炸死鬼子,而尽可能不伤及好人,也就是对正常细胞的伤害较小,表现出来就是治疗效果较明确,而毒副反应较小。所以,靶



向治疗首先一定得有“靶”，这也正是为什么很多靶向药物在使用前要做这个那个的检测（比如基因检测）。同时也必须要知道，靶向药物的“靶向”也只是相对的，毒副反应小也是相对的，而且它并不是万能的，不要过于“崇尚和迷恋”，要辩证理性地看待。

（三）

深陷误区的化疗是与非

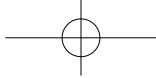
关于化疗的不当传言最多，关于化疗的是非也最多，这显然是源于民众对化疗的不了解，或者仅仅是一知半解，如此一来，大家对化疗就必然存在诸多误解。

接着说丽君的父亲，他终于等到了床位，住了院，之前在门诊安排的那些检查也正好做得差不多了，经过病理复核和进一步的免疫分型，确诊为弥漫大B细胞淋巴瘤。这是一种侵袭性的非霍奇金淋巴瘤，治疗原则是以全身化疗为主，同时联合应用一种靶向药物治疗，也就是针对表面抗原CD20阳性的B细胞淋巴瘤的利妥昔单抗。

化疗前的谈话自然是必不可少的，由于当时我还在读研究生，本质上没有医疗决策和处置权，因此，还不能制订方案和进行化疗前谈话。丽君的父亲当然入住在我老板的医疗组，组里的主治医生是已经毕业的师姐，方案由老板制订，化疗前谈话则由师姐来进行。

由于我和丽君之间是熟人关系，自然我也成了化疗前谈话的陪同员和解说员。中国式的医疗谈话，大多都是由家属来代劳的，病人自己是没有医疗决定权的。这次的化疗前谈话自然也不例外，丽君作为患者女儿、她母亲作为患者妻子，全权负责做决定，并签字。

谈话过程中，我一直在旁边陪着听着，尽管我看丽君和她母亲一边听着一边点着头，但看得出，她们其实是“不懂装懂”，对不懂的地方有时欲言又止，不敢提出来。以我经历的类似谈话过程，这种情况真不少见，有的病人或家属在和医生沟通过程中，明明没听懂，或者一知半解，却频频点头，甚至医



生问“听懂了吗？”，也仍然点头。如果医生比较忙或心不够细，就会认为你真的听懂了，如此一来，医患之间的沟通其实是失败的，医生认为你懂了，而你事实上并没有懂，也就为以后可能的矛盾和纠纷埋下隐患。

病人或家属在与医生沟通过程中明明没听懂，或似懂非懂，却在医生面前表现出听懂了的样子，一种可能是因为内心多少有些畏惧医生（特别是到外地医院求医，面对那些大医院的医生，有一种仰视心理），担心提太多问题让医生厌烦；另外也可能有些人是因为面子问题，怕提太多问题会显得自己理解能力太差，人家医生说那么多，自己还不明白，医生背后会不会说我太无知？其实，多数情况下，这些担忧完全不必要，多数医生还是希望病人或家属能坦诚沟通，有不懂的地方说出来，而不是不懂装懂闷在心里。当然确实也有些医生耐心度不够，或者时间给得不够，从而让病人或家属不敢言语，但由于有求于医生，只能放在心里。还有一种情况就是，像丽君这样，由于有我这样的熟人又是专业人士，她心里肯定想着，没听懂没关系，认为交代病情和签字只是一个形式，等后面再慢慢来问我，中国人是最不怕麻烦熟人的。这不，谈话刚结束，丽君就问我：“我听你师姐说了一大堆，说实话，听完我还是一头雾水，你再跟我说说吧。”

我故意说：“你没听明白还像小鸡啄米似的连连点头？”

“什么什么啊，谁小鸡啄米了？这不是还有你这个后勤保障嘛，反正不懂可以私下里问你呀，这谈话和签字不就一形式嘛。再说了，当着你师姐的面，我说没听懂？让她再讲一遍？我好意思说没听懂？我也不忍心啊，再者人家也会瞧不起我，瞧不起我是小事，可能还得搭上瞧不起你，背地里得说看这某某某的熟人，真是弱智啊！哈哈。”丽君半开着玩笑说。从最初的刚得知父亲得癌症后的慌乱，到如今坦然面对，丽君的精神经历了一次洗礼，变得更成熟了。

我说：“是啊，那请问弱智君，现在有什么我可以帮你洗洗脑的？”我顺着她的调侃，也开玩笑说。

“不过，玩笑归玩笑，说认真的，我父亲这个病真的单靠化疗就能治好吗？我听人说化疗会掉光头发的，那太恐怖了。我平时梳头掉几根头发都害怕得半死，化疗会不会让人很痛苦生不如死？有没有不需要做化疗的办法？还有就是，我父亲这个病为什么就不用手术？我总觉得既然是癌症就应该得手术，



不把癌症切掉行吗？总觉得不放心。”

这一连串的发问，我一听差点晕倒，其实刚才谈话时这些问题都可以得到解答，可见她当时有多么心不在焉，假模假样认真听，那频频的点头都是“表演”，这倒真给我上了一课，给我以后对怎样和病人或家属沟通谈话提了个警醒。现在我基本不会被病人或家属的“点头”所迷惑，经常是我说完，根据情况，我会要求病人或家属再复述一遍刚才所说的大概意思，特别是那些文化层次比较低或乡下农村来的病人和家属，通过复述，这样就可以检验他是不是真的听懂了，以免存在误解，导致不必要的后果，这是对病人的负责，也是对医生自己的负责。

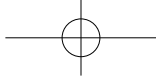
我想丽君的疑问也肯定是大多数普通老百姓的疑问，下面就跟大家谈谈化疗到底是个什么东东，它是不是真的如传说中的那样可怕？关于化疗，到底有哪些误区？

相比大家对外科手术的接受度和认同度，老百姓普遍对化疗存有误解，错误的传言也很多，最常见的就是认为化疗太恐怖，会让人生不如死；也有人说，化疗会让人大把大把掉头发痛苦不堪；还有人说，得了癌症不做化疗还好，一做化疗死得更快。正是这种捕风捉影的传言让很多本该接受正规化疗的肿瘤病人抗拒化疗，从而耽误病情。

微博微信中也总有各种关于化疗的传言，这些传言无非是利用普通民众对化疗的陈旧观念，比如化疗会掉头发，会呕吐得厉害，会吃不下东西，会头晕，会伤肝伤肾，甚至会死人，诸如此类，反正就是化疗很恐怖，让人生不如死，千万不能化疗。

那么这些传言是不是真是空穴来风毫无根据？真相又到底是什么？

关于化疗，前面已经有所涉及，这里展开来详细说一说。所谓化疗，简单地说，也就是用化学药物进行治疗，因此，有人认为化疗是一种手术显然是错误的。广义上它包括抗微生物的化学药物治疗（比如结核化疗）以及抗肿瘤的化学药物治疗（肿瘤化疗）等，我们这里当然是指后者，也就是肿瘤化疗。对癌症治疗而言，化疗所采用的化学药物是指细胞毒性药物（化疗药），它具有相当的毒性，如果用得不好，有时甚至也可能是致命的，某种意义上它确实就

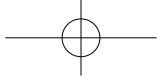


是“毒药”，这正是让老百姓恐惧的地方。

关于化疗的传言，一个突出特点就是过度夸大化疗的毒副作用，而对化疗带来的益处刻意避而不谈。其实，任何东西都有两面性，就看你怎么用，就如刀，你说它是切菜的工具还是杀人的凶器？对于化疗，老百姓往往受人误导只看到了它“毒”的一面、“坏”的一面、“恶”的一面，忘了它还有“善”的一面、“好”的一面，也就是它可以“杀敌”治疗癌症，癌症是坏的东西，化疗可以杀癌，当然就是“善”的一面。所以，只要正确应用，它带来的好处要大于害处，你想想，本该化疗的癌症，如果不化疗，确实不会有化疗所带来的相关毒性，但不化疗的话，它的后果就是癌症会持续生长，会失去控制，很快就会导致身体出现更大的不舒服和痛苦。正如你说工作很累，但你不上班，只能暂时舒服，很快你就会承受由于不上班带来的恶果，没钱，心里空虚，你会感觉更累，心累。这其中的道理是一样的。

当然，化疗的“两面性”表现得会更突出更明显一些，表现得让人印象更深刻一些，但最关键的还是看化疗由什么人来实施、化疗什么时候用、怎样用、用来做什么，正如前面拿“刀”来打比方，可怕的并不是“刀”本身，而是用刀的人，什么时候用，用在什么地方，怎样使用。因此，与其把过多的精力放在担心化疗上，不如放在关注化疗由谁来做、怎么做、有什么注意事项、怎样能发挥化疗的最大功效而将毒性降至最低。逃避解决不了问题，只会为以后埋下更大的隐患和祸根。

对癌症病人进行化疗，也就是通过静脉输注或肌注、口服等途径给病人输入化疗药物，药物进到病人身体内，随着血液流到全身各处，当然包括有癌症的地方，所有有血液循环的地方，化疗药都可以到达，这正是它的优势所在，但同时这也正是它的劣势所在。当然，不同的癌症对化疗药的敏感性不一样，所以有的癌症化疗效果好，有的效果不好，甚至根本没效果。通常来说，生长越快的癌症对化疗的敏感性越高，比如白血病、某些淋巴瘤、绒癌、恶性生殖细胞肿瘤等，生长速度快，如果没有得到及时治疗控制，可能很快要了人命。不同的器官部位组织的细胞对化疗药的敏感性也不一样，这也正是不同的身体部位其毒性反应表现形式和反应大小不一样，和癌细胞一样，通常来说，生长越快的细胞对化疗药就越敏感，比如头发生长快，所以生发细胞更容易被化疗所杀伤，从而掉头发；又比如口腔消化道黏膜生长更新也快，所以也容易被杀



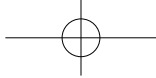
伤，从而出现呕吐、口腔黏膜炎甚至溃疡、腹泻等。正所谓，枪打出头鸟，越“高调”爱出风头的人更易招来打击，长得越快的肿瘤，越容易受到化疗打击，正常细胞也是越活跃生长得越快的越容易受到打击，生活中的很多规律和道理有一定的共性。

关于化疗的毒副反应，先说说大家最关心的化疗掉头发这码事吧。很多人对化疗的第一印象就是掉头发，为什么化疗会掉头发？前面说了，化疗对全身各个器官部位或多或少会有些伤害，治癌就像是打仗，多少总得付出一些代价，不经历风雨，怎么见彩虹？世上有几件不劳而获的事？有的人总抱着不劳而获的“捡便宜”心态，就会上骗子的当，因为骗子总是宣称他的治疗肯定效果好，而且没有任何副作用。

由于头发的生长周期较短，这个大家都知道，上周刚剪短的头，这周就开始长出来了，再过一段时间就又长长了。正常头发的生长周期由生长期、生长中期、生长终期组成，60%-85%的头发处于生长期，生长初期的生发细胞不断快速分裂增殖，活跃就意味着容易受化疗药物的打击，从而引起部分甚至全部生长期的头发脱落。化疗导致的毛发脱落不只限于头发（但主要发生于头发），睫毛、眉毛、胡须、腋毛等也可能脱落，当然它们比较少发生，一般在多疗程、大剂量化疗时少数人可能会发生。

尽管大家对化疗导致的掉头发印象比较深，但其实并不是所有的化疗药都会掉头发。脱发与化疗药物的种类、剂量、剂型、是否联合化疗方案、给药途径等有关，有的化疗药会明显脱发，尤其是在与其他化疗药物联合使用时；有的化疗药则基本不会或很少掉头发。所以，认为只要是化疗就肯定会掉头发显然是一种误解。

另外，更重要的是，化疗导致的掉头发，压根不是个什么要紧的大事。前面说了，不是所有的化疗都一定会掉头发，即便有的化疗药会掉头发，掉头发也不会有任何不舒服。它主要还是导致暂时的外表形象改变以及心理上带来的冲击，特别是女性普遍关注外表形象，所以关键是病人在心理上对掉头发这事要有所准备，要提前知道这个事实，医生应主动告知。如果病人很注重形象，不妨提前买个假发备用。化疗导致的掉头发，只是暂时的，化疗结束后还会长出来新的头发，而且发质一点不比以前的差，甚至有的可能更黑更浓密。



再来说说大家同样很关心的化疗会导致的食欲下降、恶心呕吐，这些确实是化疗最常见的毒副作用之一，可以说多数做化疗的病人或多或少都有过这种经历。恶心呕吐，本身并不会带来过多的明显后果，它是自限性的，也就是说多数会自行恢复好转，它让人感到害怕的地方是当时让病人很不好受，你想想，吃不下东西、没有食欲，想呕吐，这滋味确实让人不好受，因此，很多人怕化疗，其实多数人就是怕这种恶心呕吐的感觉。

那为什么化疗会引起病人食欲下降、恶心呕吐？具体的作用机制其实还不十分清楚，这个大家不必深究，有一点可以肯定的就是，正是由于化疗药的无选择性，它伤害到了口腔黏膜、伤害到了消化道的黏膜细胞，从而诱发出这些反应。这些反应，有的是急性发生的，有的延迟发生；有的甚至可能是预期性的，也就是化疗还没开始就感觉恶心呕吐，这多半发生在之前化疗过程中经历过较难受的呕吐反应，对下一次化疗有所恐惧，一想到又要做化疗，比如一到医院就开始想吐，或者看到药物或闻到气味就开始吐，这当然主要是心理因素，女性更容易发生，可酌情考虑使用镇静药物。

其实多数的恶心呕吐是可以处理的，化疗前也一般会根据化疗药物致吐强度预防性使用止吐药，在出现呕吐反应时还可以临时追加止吐药，而且这些反应只要处理及时，不会对身体带来什么伤害，它是暂时性的，一般过几天就好了。当然，这并不等于要病人忍受，不等于不要处理，频繁的呕吐会导致脱水，引起电解质紊乱，甚至由此危及生命。因此，对恶心呕吐反应要有正确的认识，既不能因噎废食干脆不化疗，出现呕吐反应也要及时处理，当然预防是关键。

另外要提醒大家的是，建议尽量到肿瘤内科进行化疗，所谓“术业有专攻”，肿瘤内科医生在制订化疗方案、调整化疗药物剂量、处理化疗毒副作用等方面更得心应手，会注意更多的细节，有些技巧和细节性的东西不是看看书就能学会的。即便学会，也是照本宣科，前面说过，化疗表面上看起来简单，其实很复杂，实际做下来，病人最后取得的疗效和实际感受是不一样的，这个很微妙，要去好好体会。

除了大家普遍关注的掉头发、恶心呕吐外，化疗还可能有更多的毒副作用，比如骨髓毒性，表现为骨髓抑制，也就是白细胞下降（容易合并感染）、

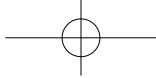


血小板降低（增加出血风险）、血红蛋白降低（贫血），还有肝脏、肾脏、心脏等器官的毒性，神经毒性，过敏反应等等。掉头发、恶心呕吐，是可以看到的或可以感受得到的，容易引起大家注意，会及时进行处理，反倒没有多少危险。而其他这些毒性反应，病人和家属都看不到也可能感受不到，所以不会重视，反而潜伏着危险。比如白细胞的下降，多数病人并没有太明显的不适反应，只要验血才能知道，正因为病人没有什么太明显的不舒服，所以有的病人就是不听医生的交代不按时去查血常规，结果白细胞降得太低了，粒细胞缺乏继而可能合并感染发热，甚至由此危及生命，其实这完全是可以避免的，关键是要重视。

其他反应也是一样，听从医生的嘱咐是非常重要的，医生之所以那样嘱咐，是一定有他的考虑、有他的道理的。我经常为这些事伤透脑筋操碎心，正因为知道病人和家属这方面的知识缺乏，作为医生深知其中潜藏的危险，所以会反复交代病人化疗后出院回家要注意的事项，特别是按时查血常规，不同的化疗药物和方案，表现的毒副反应不一样，所以对血常规和肝肾功能的监测要求也有所不同。很多病人嘴上答应，可由于有些反应不会有不舒服的表现，所以经常有病人不按照执行，最终当然就会有病人因为白细胞太低，出现感染发热，付出很大的代价才救治过来。有的病人没有按照我的要求做，但最后并没有出事，他还会表现出挺得意的神情，那意思，你潘医生讲得并不对，这种病人其实更危险，因为他将来可能会更不重视医嘱，认为我没有说准（他当医生是神仙呢），所以更不会按我的要求做，会继续一如既往不重视，我交代什么都不会放在心里，最终就可能会出大事。碰到这种病人，为了保证医疗安全，我只能特别记下来，有时会主动打电话询问，甚至“威胁”他如果不按要求做，下次化疗就不给他安排，我这显然是为了保护他，医心可鉴。

还有一点必须要特别说一下，有的病人或家属因为知道化疗会有反应，医生也事先告知了可能有哪些反应，所以一旦出现这些反应，他们就认为出现这些反应都是“正常”的，认为不必处理，其实“预期”会出现的反应不等于这个反应是“正常”的不要处理。因此，出现反应必须要及时告知医生，并视情况采取相应的处理。如果处理不及时，可能会出事，甚至弄不好会出人命，化疗的危险有时不在化疗本身，而在掉以轻心、自作主张。

多数的化疗毒副反应，不论是看得见感受得到的，还是看不见感受不到、



要通过检查才能得知的毒副反应，只要重视，多数是可以处理的，可以避免或减轻的。而且每种化疗药物、每个化疗方案，即便同样的药物同样的方案每个人的反应也是不一样的，甚至天壤之别。所以，不要看到别人反应大，就认为你也一定反应大，或者别人反应小，你肯定也反应小，个体间的差别可能会很大。

另外要注意的是，不是所有化疗后出现的不舒服就肯定是化疗引起的，先后关系不一定等于因果关系，那怎么判断？交给主治医生判断，不要自己擅自做主。

有的人不喜欢听真话，比如我说了以上这些化疗的副作用，他会说，哇，化疗还真的有副作用，看来传言是真的，还是不要做化疗，然后听说某个神医说他的治疗包有效果甚至包治好且没有副作用，这正合了他的心意，于是跟着神医去了，你说可悲不可悲？

其实最重要的是，你不要只盯着化疗可能有的毒副反应，你还得看到化疗给你带来的益处，也就是它杀灭了癌细胞，控制了肿瘤。这就像是，如果你每天只想着工作的累，却忘了工作给你带来的好处，那你怎么能将工作坚持进行下去？只求收获而毫不付出，天底下哪有这等好事？抱着这种心态也容易上骗子的当。所以，正确认识和看待很重要。

既不要惧怕化疗，胡乱夸大化疗的副作用，又必须切实重视化疗的副作用，提前做好必要的预防工作，出现副作用后及时向医生反映，及时处理。最重要的是，化疗必须要规范使用，必须要由肿瘤专科的医生施行，最好是由肿瘤内科医生进行。我前面反复说过，正所谓人的时间精力有限，术业有专攻，肿瘤内科医生最熟悉各种化疗药物的作用机理、疗效、毒副反应的处理等，知道什么情况下需要预防毒副反应，知道什么情况下需要减量化疗，诸如此类。化疗不能只是照搬书本进行照本宣科式的化疗，翻书开化疗医嘱，谁都会做，但关键的难点并不在这里，而是如何艺术性地讲究细节和技巧，才能将疗效发挥到最佳、将毒副反应降至最低，很多细节和技巧性的东西靠翻书是肯定不行的，书上也没有写，就像内科医生不可能翻着手术图谱就能做好手术，这道理是一样的。



最后说一下，作为病人或家属，如何配合医生治疗。医患配合才能更顺利将化疗完成，这一点很重要，记住：化疗不只是病人的事，不只是医生护士的事，也是家属的事。以下内容听着像是“官话”“套话”，其实看一看会有用处的。

首先，不要对化疗有成见，不要恐惧化疗，充分信任医生，这是一个基本前提。作为病人和家属对“对化疗是怎么回事、化疗是做什么的、有什么用处、可能会有什么副作用”等知识要有基本的了解，恐惧是因为不了解，不要听信谣言、传言。

其次，化疗前要多咨询主治医生，充分知情，做到心中有数。化疗前医生肯定会交代相关的注意事项，签署化疗同意书，会将化疗可能的毒副反应及注意事项交代清楚，要抓住这个机会和医生充分沟通，有疑问多咨询主管医生，不要不懂装懂，解除疑虑才能轻装上阵。可以去听一听由肿瘤专科医生或专科护士组织的化疗方面的知识宣教和化疗指导。

另外，在化疗过程中要注意一些细节，这需要家属配合，比如饮食要少量多次进餐，避免吃得过饱，进食易消化的食物，恰当多喝白开水，注意记录尿量；注意大便情况，特别是腹泻和便秘；有任何不适及时报告医生护士，不要自己想当然做主，也不要过度慌乱；遵从医生和护士的嘱咐，记清哪些行为是绝对不能做的，有的化疗药物有行为禁忌，比如奥沙利铂化疗期间绝对不能喝冷饮，尽量不要去触碰冷的东西，注意保暖。烟酒当然要戒掉，化疗过程中不必过度忌口，总体上进食宜清淡、少油，多吃水果蔬菜，不要吃太肥腻、油炸、辛辣刺激的食物或生冷食物，关键还是饮食要均衡、多样化，关键是病人要吃得下。

在化疗后的中间休息间期不能放松警惕。化疗是按疗程（周期）进行的，总的时间可能比较长，但每疗程的中间会有休息期，在这个休息间期也要注意，因为化疗药物可能并没有在体内代谢完毕，仍会有毒副反应发生，有的毒副反应要较晚才会出现，有的毒副反应是累积性的，因此有任何的不适要及时报告医生护士；如果是出院后在家里出现不适，要及时联系医生或及时到医院就诊。即便没有任何不舒服，也要按医生的嘱咐定期复查血常规及肝肾功能等指标，因为化疗后可能出现白细胞下降、血小板下降、贫血、肝肾功能受损等。尽量避免到人多人杂的地方，尽量避免受凉感冒，因为化疗后通常免疫力



会下降，很容易被传染上感冒或其他一些传染性疾病，而且普通的感冒处理不及时很容易出现并发症。

最后记住一句话，多向医生反映，多咨询多了解多沟通。

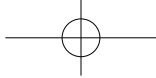
（四）

用兵策略比武器本身更重要

前面说过，化疗表面上似乎看着挺简单，翻翻书，看看指南，什么癌症用什么化疗药物、什么方案，书上或是指南上写得清清楚楚，只要遵照执行就可以，但其实化疗不是照本宣科式制订一个方案，然后让护士照着执行打点滴或发药，如果这样的话，认识字的人都可以做医生、做化疗了。

手术、放疗、介入治疗等治癌手段也一样，这些技术操作本身可能并不会太复杂，多练多做，多数人基本都可以做下来。但医生与医匠的区别就在于，医生有更多的思考，而不只是手熟而已。比如，找一个手术做得好的外科医生固然重要，也很关键，但找一个懂得“什么手术该做、什么手术不该做”的外科医生更重要，否则手术做得越好，对病人的伤害反而越大，这就是医之策略。治癌的策略安排是治疗的前提基础，是基石，至关重要。好医生，不只是表现在手术做得好，或者操作很熟练，或者化疗方案背得熟，更应该是表现在懂得如何安排手术、懂得不该做的手术坚持不做、不必做的介入治疗不做、不该做的化疗不做，敢于冒险，又适时收手，不炫技，以病人的利益为第一考量。

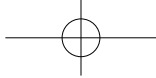
沈明（化名）是一名胃癌患者，来自外地。他找到我时，腰部疼痛已经很剧烈，是他妻子扶着进诊室的。我看了看他带来的当地医院拍的腰椎磁共振片，多发骨转移，第3腰椎椎体破坏最明显，随时会有椎体压缩性骨折的可能。我给他安排了住院，嘱咐注意安全，避免弯腰负重摔跤等动作以免增加骨折风险，同时按照癌痛处理规范进行止痛治疗，唑来膦酸治疗，并安排进行腰椎姑息放疗，他这个部位一旦发生骨折，可能导致截瘫，那今后就将在床上度过，生活质量就会明显下降。



查阅他带过来的当地医院诊疗记录并通过详细询问病史，了解到他之前是因为上腹部不舒服，在当地医院做了胃镜，诊断为胃低分化腺癌。术前除了安排简单的胸片和肝胆B超检查外，没有安排其他更多的分期检查就进行了手术。比如骨ECT扫描，这个当然不是所有病人一定要做的常规检查，但问题是他第一次就诊时腰部就已经有酸胀不适，而医生却并没有引起重视。另外，他的血生化检查中的碱性磷酸酶明显升高，尽管这个指标并没有特异性，但癌症病人如果明显升高，又没有其他可明确解释的原因，就应该要注意除外骨转移，至少要考虑到这个可能，而不是完全无视。据沈明的妻子说，还是托熟人找关系，找的是那家医院最好的外科医生做的手术，说手术做得相当成功。我知道这是很多外科医生的一贯说法，甚至是程序性的说法，肿瘤切下来了，然后推开手术室的门，把切下来的癌症标本端给那些在手术室外正焦急地等着的家属，说“手术很成功，看，这是切下来的肿瘤”，家属满脸的惊奇，一看，切了这么一大块让人看着恶心又可怕的肿瘤，心里那个对医生的敬佩和感激之情，顿时油然而生。太好了，可怕的癌症切掉了，手术成功，放心了。当即心里盘算着如何才能表达感激之情，比如要不要请医生到饭店吃个饭之类的以示感谢并庆贺手术成功。

别急！真要如此感激吗？老百姓总是只看到表面，可在我眼里，光手术做得漂亮可不管用，从手术本身来看，尽管确实做得很“成功”，可这种成功有用吗？我看到的是全局，而不只是手术操作本身，手术做得好当然值得称道，但如果仅仅如此，最多也只是个手术匠而已。一个优秀的医生，不只是手术做得好，操作熟练，更重要的是对治病的全局安排，有全局意识整体观念，知道什么该做，什么不该做，什么时候可以做，什么时候不可以做，注重术前的全面评估，不只是病人对手术耐受程度的评估，也包括认真细致的全面分期检查，不是匆匆进行手术，不是为了手术而手术。

术前不做认真的分期检查，上来就做手术，这还真不是个案。食管癌、胃癌不做超声内镜检查，怎能有较为准确的T和N分期？没有准确的T和N分期，又如何能做到精确的治疗安排？当然，有的医院没有超声内镜设备，条件所限，则要另当别论；有的病人或家属由于不愿等待，认为检查是耽误时间所以拒绝做检查，图省事图省钱，不听从医生安排。但医生要讲明利害关系，尽可能去做病人和家属的工作。还有，对病史不详细询问，或者上级医生过于相信



下级医生，手术前不亲自询问和详细检查病人，对提示可能存在远处转移的一些蛛丝马迹视而不见，怎能不漏掉可能隐藏的远处转移？如此，手术做得越漂亮，伤害越大，还不如那些手术做得不好的医生，至少因为他技不如人，所以可能更谨小慎微，胆子小，不敢做，反而可能避免了那些本就不该做的手术，或者会建议转上级医院。方向没判断对，南辕北辙，车越好，跑得越快，离目标越远。

沈明的情况就是这样，当然，不能说那个外科医生医德有问题，没有哪个医生不想把病治好，他肯定不是主观故意的。他只是因为缺少全局意识、整体观念，对术前的检查和分期不够重视，或者毕竟由于长期待在基层医院，诊治水平（是指综合诊治水平，不是仅指手术本身的操作水平）和经验有限，所以总体上也是可以理解的，不可能要求二级医院、县级医院跟三级医院、省级医院一样的水平，在三甲医院、省级医院、部属医院不允许发生的事，如果在二级医院、县级医院、社区医院发生就是可以理解的。

沈明当然并不了解这一点，他还怪自己命不好，因为那里的医生告诉他，他的癌症太凶险，手术后很快就复发了。手术后才一个月不到，因为疼痛越来越明显，一做检查查出骨转移，这不叫复发，其实是漏检，手术前应该已经有骨转移了，而且有明显的提示迹象，比如腰背酸痛，比如生化检查中的碱性磷酸酶明显升高，这些都是较明显的提示，可惜并没有得到重视。如果做了相应的检查，明确了骨转移，这所谓的“根治手术”就没必要做，不该做的手术却做了，病人受到的伤害更大。当然也有的病人，尽管在术前做了全面检查也没有查出转移，但在手术后仍很快发现转移，这是肿瘤本身的生物学特性以及目前检查手段的局限性决定的，没办法，不能怪谁，就算是北上广的部属大医院照样可能查不出来，我们能做的是尽量考虑全面充分一些，主观上努力了，客观上由于疾病本身的因素或医学本身的局限，那是另一回事。

一把手术刀，懂得如何切，切得漂亮，但不懂得该不该切，不懂得什么时候该切，这就是一把催命的刀。作为医生，要警醒；作为患者和家属，也要主动学习并积累基本的医学常识，才能多一层保护。

治疗策略比治疗手段本身更重要，好医生的标准也绝不是只懂得治疗手段（比如手术）耍得好、耍得漂亮，而是具有全局观念、整体意识、懂得治病策略安排，正如将军不一定是枪法最好的人，但一定是懂得如何调兵遣将、懂得



适时进退的人。

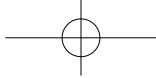
有的外科医生把本不该切的肿瘤给“根治性”切了，那些该根治性切除的却又可能切得不彻底，或者手术前本该先做新辅助化放疗或转化性的化放疗，却急着做了手术，或者手术后本该做的进一步辅助治疗，也被粗暴地无视了，这些都是典型的个人技术崇拜和经验至上、没有综合治疗理念的表现。

不讲治疗总体策略安排、对自己负责的治疗技术和手段自信过头，可不只是部分外科医生的“专利”，不少肿瘤内科医生、肿瘤放疗科和肿瘤介入科医生同样有此毛病。

肿瘤内科医生的拿手绝活当然是化疗，现在也包括靶向药物治疗，单就化疗本身来说，肿瘤内科医生无论是在方案选择还是毒副反应处理方面，自然是没得说的（其实有时也未必，医生的水平和理念永远是参差不齐的），但有些肿瘤内科医生（当然更包括有些天天做化疗的外科医生），化着化着就有点忘乎所以了，化过了头，也许是被化疗的疗效这种所谓“胜利”带来的成就感冲晕了头，本该及时转为手术或加上放疗的，却没有及时转为手术或加上放疗，有时候，手术的时机错过了就永远错过了，必须及时抓住时机。这种情况尽管短期内看来影响不大，有的病人和家属甚至可能还感恩戴德，因为免除了手术。而事实上，有的手术是不能免的，哪怕你化疗的疗效很好，我们不能只看到眼前，而必须要看得更远一些，要有全局眼光，要有综合治疗理念。

有的肿瘤内科医生，似乎有那么点化疗“上瘾”，就像有的外科医生对手术“上瘾”，一旦开始就停不下来，收不了手。化疗的开始还是挺理性的，化着化着就忘了停下来想一想：有没有必要一直化下去？什么时候该收一收手让病人歇一歇？对于晚期癌症的治疗缺乏“慢病管理”理念。有一句话叫做“生命不息，化疗不止”，内科医生同样存在治疗过度的问题，不该化疗的做了化疗，或者勉强做了化疗，或者没有和病人及家属充分沟通，或者该收手时没有及时收手，誓将化疗进行到病人死，这种为了治疗而治疗的治疗，借用一个网络新词：然并卵！

有的放疗科和介入科的医生同样有这个毛病，只盯着自己负责的治疗手



段，没有全局观念，比如，不该放疗的勉强做放疗，随意扩大放疗的适应证；不该做介入治疗或者最佳治疗并不是介入治疗的，却硬要用介入的手段，似乎手发痒，停不下来的节奏。

还有的医生，很能紧跟潮流，现在不是流行靶向治疗吗？于是他开口闭口必谈靶向，由于靶向治疗经常涉及基因检测，于是基因检测这类词汇也成了口头禅，不知是为了显得自己“高大上”还是另有其他目的。反正在他们看来，现在癌症治疗似乎离开靶向就不能进行下去，事实当然并非如此。癌症治疗需要讲究综合治疗、个体化治疗，需要考虑的因素很多，除了医疗本身的因素，还要考虑家庭社会经济因素，需要权衡各方面的因素，还要讲究效价比，不能把纯学术的东西完全照搬到临床实践中，医学研究中有统计学意义的结果，可能对现实中的病人没有多少实际意义。你不只是治“病”，更是治“人”。

癌症的治疗，除了武器本身要有杀伤力，要够先进，更重要的是使用武器的人要懂得如何有效使用武器，如何发挥各种手段的优势，进行最佳的优化组合，让各治疗手段优势互补，从而制定最佳的治疗策略。正如打仗，有再多的先进武器，最终决定胜负的还是使用武器的人，也就是要懂得怎样更有效地利用各种武器，什么情况下用什么武器，怎样综合使用各种武器。另外，还有重要一点就是，这仗该不该打，值不值得打，什么时候出什么拳，除了考虑前线，还要考虑后勤保障问题，考虑家庭社会心理因素，而不是一味地冲啊杀啊，要有勇，更要有谋，这也就是所谓的综合作战方案，对癌症治疗来说，就是治疗策略。

癌症治疗离不开外科、内科、放疗科等多学科配合，也就是要综合治疗。治疗癌症是一场全方位的全面战役，打仗不能光靠陆军，还要依靠海军、空军，以及现代化的导弹部队，而且注重信息化作战。癌症治疗也一样，除了少数情况下单一治疗手段就可以达到目的，绝大多数情况下需要使用多种治疗手段，进行综合治疗。综合治疗绝不是将各种治疗手段进行简单的叠加使用或轮流使用，不是各个学科同时进行治疗或轮流进行治疗，不是治疗手段越多越好，不是花钱越多越好，也不是花钱越少越好，什么情况下使用哪些治疗手段，多个治疗手段多个学科怎样进行有效的配合，这个很关键，否则可能反而会带来伤害。



有人会问，那怎样才能做到综合治疗？这个确实有些难度，由于涉及多个学科，甚至可能会困难重重。肿瘤专科医院这方面会做得好一些，但多数医院，特别是综合性医院，肿瘤多学科诊治（你可能听过MDT这个词，指的就是这个，意思是多学科团队协作，Multiple Disciplinary Team）基本是奢谈，或者只是停留在形式上。在这种情况下，有一个可以在一定程度弥补的办法就是，首诊首治建议在肿瘤内科，肿瘤内科医生相当于是肿瘤全科医生，让肿瘤内科医生从全局上进行把关安排，该手术的他会转到外科，因为他不负责做手术；该放疗的他会转到放疗科，因为他也不负责做放疗；该化疗以及其他内科治疗的他会留下来进行化疗或靶向药物治疗等，当然，不排除少数不按规矩办事的医生，但从概率来看，这种做法冒的风险最小。

多学科综合治疗是建立在规范治疗的基础上，要把医生的个人经验和各种客观的循证医学试验证据结合起来，进行规范治疗。现代医学已经不是经验至上的时代，特别是癌症的治疗更强调要有循证医学的证据，所谓的循证医学证据，简单地说，也就是医生所做的医疗决定要有根有据，要有相关临床试验研究的证据支持，不是哪个人或哪一部分人说了算。不能主观想当然，要力求有据可查，至少有部分的研究证据支持，或者得到多数专家的认可，即所谓的“专家共识”。当然，不是说医生的临床经验不重要，医生的经验也重要，有时候至关重要，但总体来说，现在已经不是一个经验至上的年代。

肿瘤治疗还要讲究异病同治、同病异治，注重个体化治疗。同一类病人当然有一套统一的规范，要按规矩办事，不能主观随意，但也不能千人一方千病一方，每个病人应该有每个病人的个体化治疗方案，要针对每一种癌症每一个病人制订最适合这种癌症、适合这个病人的最佳治疗方案，也就是医生不能只看到病，更要看到人，比如同样是肺癌的两个病人，但治疗方案可能不是一样的，要根据多方面的情况综合各方面的检查资料制订个体化的方案，而即便同一个病人，在癌症不同阶段，其治疗方案要根据病情变化及时进行调整，并明确各个阶段主要目的和主要治疗手段，综合进行考虑。病，要治，也要管理。

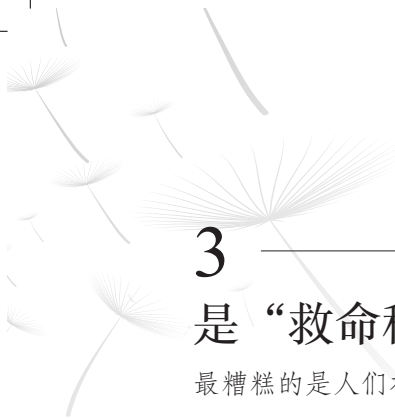
另外，要结合家庭社会因素，注重效价比。前面反复说了，治病，不能只看到“病”，更要关注“人”，注重全局管理。同样的癌症，同样的分期，在不同的国家，可能最后的治疗手段选择和安排会不同，这涉及人文、社会、观



念、经济等多方面的因素，这正是“人”的因素。如果只是照搬教科书或诊疗指南规范，说书上说了这种情况就应该这样治疗，这是对教科书和指南的“愚从”。在癌症治疗方面，中国人自己的研究数据还是相对少一些（当然现在慢慢多了起来），我们遵照的国外指南规范是否完全适合中国人，或者适合中国国情，其实有不确定性，完全照搬显然是不行的。

在中国，经济问题是尤其要考虑的一个重要问题，一个年收入只有一两万元的人得了肺腺癌，若照搬指南要先进行基因检测，如果EGFR某个位点基因突变阳性，要优先考虑靶向药物，否则你就不知道如何走下去，这显然是不行的。一个晚期癌症老年病人，子女穷得叮当响，你说按指南规范，经过治疗可能延长一两个月的时间，还说研究数据显示有显著的统计学差异，却无视这可能要花经济上的巨大代价，忘了治疗的效价比对这个病人是否合适，这是“呆子医生”。好的医生，也必须是一个会算账的医生。

治癌，要有勇，更要有谋，策略比治疗手段本身更重要。遇上好医生，有时需要靠运气。



3

是“救命稻草”，还是“水中之月”

最糟糕的是人们在生活中经常受到错误指向的阻碍而不自知，真到摆脱了那些阻碍时才能明白过来。

——歌德

(一)

肿瘤生物治疗，乱中求进的第四模式

2014年12月的某天下午，我前脚刚迈进医生办公室，护士小姚后脚就跟着进来：“老潘，老潘，有点事找你帮忙。”

“老潘”是我在科室同事中的昵称，之前不管比我大的还是比我小的都叫我“小潘”，忘了是从哪天起，呼啦啦全改叫我“老潘”了，真让人有“一夜变老”之沧桑感啊！当然，也并不是真的就老了，我这人一向是心态年轻，常常忘了自己年龄，但毕竟随着年轻医生护士越来越多，我的资格确实越来越老了，大家自然而然就统一“口径”叫老潘了，我也乐意接受，觉得挺好。

我笑着问：“有什么吩咐呀？愿意为你效劳哈。”

“老潘，是这样的，我有个亲戚想咨询你一些事，关于癌症治疗方面的。”

“可以啊，没问题！你亲戚来了吗？在哪里？”

小姚朝门的方向招了招手，我这才注意到医生办公室的门前站着一个约50来岁的中年男人，眉头紧锁，一脸的憔悴和疲惫。

“老潘，这是我老公的叔叔。叔，这是潘主任，有什么问题你就尽管问他吧，我有点事先忙去了。”

简单的寒暄后，我直奔主题：“小姚和我是多年的同事，你不用顾虑太多，有什么你尽管说吧。”

“谢谢您，潘主任！是这样的，我女儿才23岁刚参加工作不久，最近在我们那里的医院被查出卵巢肿瘤，听人说生物免疫治疗效果好的，而且没有副作用



用，我们那边也有医生推荐做这个生物治疗，但我考虑到女儿还年轻，不能因为乱治疗而耽误了，所以找到小姚打听，她说你们医院没有开展这种生物治疗技术。想向您求证一下，这种生物治疗技术到底可不可靠？能不能做？是不是真的如他们说的那样效果好又没有副作用？”

又是所谓生物治疗！

说到这肿瘤生物治疗啊，可真是让人爱恨纠结一言难尽。我已经不止一次接到这样的咨询，经常有患者或家属甚至是非肿瘤专科的医护同行向我咨询关于肿瘤生物治疗的问题，可见这类宣传很是深入人心，到某中文搜索引擎输入关键词“肿瘤生物治疗”或“免疫治疗”，好家伙，被吹得神乎其神，简直成了“灵丹妙药”！真乃国人之不幸！

面对这类咨询，考虑到非专业人士的医学知识缺乏，为了避免纠缠不清或者误导咨询者，在时间有限的情况下，我有时会简单化处理，直接回答“不要轻信！”。我之所以敢这么简单干脆地回答，是因为我知道很多人所问的所谓肿瘤生物治疗多半是指诸如LAK（淋巴因子激活的杀伤细胞）、DC（树突状细胞）等细胞治疗，关于这类“细胞治疗”的广告可谓是铺天盖地，疗效也被无节操夸大，这种尚存在争议、疗效并不十分明确、本该在严格监管下的第三类医疗技术在中国大陆可以说已经到了滥用的程度。

今天也不例外，我赶紧回答说：“你千万不要轻易相信，这些所谓的生物治疗不能武断地说完全没有用，但多数确实不太靠谱，有滥用之嫌。得了癌症一定要到正规医院规范诊断治疗，不知你女儿得的那个卵巢肿瘤具体是指什么肿瘤？有没有带当地医院的检查资料或诊断报告之类的东西来？让我看一看。”

“有，在这里。”小姚护士的叔叔从随身的背包里掏出几份资料。

我接过来一看，其中有子宫附件彩超检查报告单以及血肿瘤标志物报告单，还有一份当地医院医生写的门诊病历。我一看，当地医院初步考虑右侧卵巢恶性肿瘤，怀疑生殖细胞肿瘤的可能。

我的天，这才初步诊断，就开始有医生给病人推荐所谓的“生物免疫治疗”，一个字：乱！

我给他分析说，现在还没有最后确诊，假如最后真的诊断为卵巢生殖细胞



肿瘤，它与通常我们所听到的卵巢癌（卵巢上皮性肿瘤）并不是一回事，它是一类年轻女性较多发的恶性肿瘤，尽管恶性程度较高，但其对化放疗十分敏感，随着有效化疗方案的出现，总体来说卵巢恶性生殖细胞肿瘤的存活率已经由过去的10%提高到目前超过90%以上，也就是说有很大的机会治愈，而且你女儿只是右侧卵巢有肿瘤，子宫和另一边的卵巢没有发现肿瘤，这种情况还有可能保留生育功能，将来想要结婚生子也是可以的。当然，最终到底是不是生殖细胞肿瘤现在还不能下结论，最终诊断要靠手术后的病理报告，但不管怎样，即便万一手术病理检查确诊为卵巢上皮癌，如果是早期，治好的可能性也同样是很大的，关键是要正规诊治。

“谢谢潘主任，听了您的话我的心一下子宽坦了很多，但我了解，好像很多正规大医院也都在开展这种生物治疗，难道它们都不正规吗？你可别笑话我啊，病人家属的心情就是想抓住每一根可能的救命稻草。”

确实有一些正规大医院有开展甚至大力推广所谓的细胞生物治疗，而且广告打得很响，这让很多人感到困惑迷茫，这牵涉到一些医疗外的因素。其实，错的不是细胞生物治疗本身，而是不按规范的乱用滥用。

病人和家属往往有‘病急乱投医’抓救命稻草的心理，而正是因为有这种心理作祟，不规范的治疗就有了市场。像卵巢生殖细胞肿瘤，甚至即便是卵巢上皮癌，通过常规的手术和化疗，完全有可能治愈，却被拉去弄什么细胞生物治疗，真是乱来。

其实对于肿瘤生物治疗，简单地用“有用或没用”来回答并不科学，因为生物治疗是一个包含很多内容的非常广的概念，不能简单地一言蔽之。

那到底什么是肿瘤生物治疗呢？其实它主要指的是通过把人体本身就已经存在的对疾病的防御机制给重新调动起来，或者通过应用某些生物活性物质/制剂等来刺激人体自身产生抗肿瘤的生物学反应，从而达到杀伤肿瘤细胞、抑制或消除肿瘤生长的目的。很显然，这与传统的手术、放疗和化疗等肿瘤治疗手段截然不同，有学者将生物治疗称为肿瘤治疗第四类模式，这一点都不夸张，生物治疗确实前景非常广阔。但肿瘤生物治疗不单单指那些被广为宣传的“细胞治疗”，它至少可分为三大类：肿瘤免疫治疗、肿瘤基因治疗、肿瘤分子靶向治疗。当然这只是人为的大致归类，它们相互之间存在交叉，而很多人



经常问到的所谓生物治疗指的只是细胞治疗，而细胞治疗其实只是属于免疫治疗中的一种。

肿瘤治疗手段中，所谓的“生物治疗”是最混乱的。恕我直言，规范不足，监管不够！

（二）

肿瘤免疫治疗，爱恨纠结是是非多

“潘老师，那您能讲一下肿瘤免疫治疗是怎么一回事吗？因为我是学医的，所以经常有亲戚朋友或是熟人向我咨询这类问题，我刚来肿瘤科不久，哪懂这么多呀？”我这才发现医生小陈不知什么时候凑了过来，原来刚才她一直在旁边静静听我们的谈话。

小陈医生刚来我们科进行住院医师规范化培训，谦虚好学，上进心强，工作踏实，是棵学医的好苗子。

“当然可以啊，这所谓的免疫治疗，其实通俗一点说，就是通过调动人体内的‘警察系统’，监控并消灭坏蛋分子，也就是癌细胞。但同样是‘警察’，也归属不同的体系，可以有不同的布控，就像有武警、特警、刑警、交警，发挥不同的作用。”

如果把人体比作一个城市，人体得了肿瘤就好比是城市的治安出问题了，或者城市出了乱子，有坏蛋分子在捣乱破坏城市，怎么办？当然要出警！这出警也有讲究，要根据不同的需求以及本城市自身的警力强弱进行相应的布控，不能随意乱来。有的可以通过调动自身的警力，主动出警，有针对性地布控“武器”（细胞毒性淋巴细胞或抗体），去杀伤和控制“坏蛋分子（癌细胞）”，用专业的名词就是“特异性主动免疫治疗”，也就是“肿瘤疫苗治疗”。说到疫苗，大家都非常熟悉，从小我们就打各种疫苗，但与传统的那些预防性疫苗不同，这里说的肿瘤疫苗是治疗性疫苗，用于治疗已得了癌症的患者，也就是通过肿瘤疫苗去激发癌症病人机体对肿瘤产生特异性的免疫应答，从而对肿瘤进行有效的排斥杀伤和控制，它的优势在于一旦获得成功，抗肿瘤



的作用比较持久，同时，相比化疗、放疗等，它的不良反应比较小，但它的抗肿瘤能力仍很有限，因此更适合那些肿瘤负荷较小的病人，而对于那些肿瘤负荷较大的病人，则最好通过化疗等方法降低肿瘤负荷后再进行。

“那现在有没有这样的疫苗已经上市用于治疗癌症呢？”小陈医生对知识的渴求感染着我，尽管我有点口干舌燥。

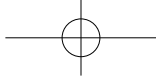
“有倒是有，但目前真正被美国FDA正式批准临床应用的仅有Provenge（Sipuleucel-T, 普罗文奇）这一种，它是一种针对前列腺酸性磷酸酶的肿瘤疫苗，用于治疗无症状或症状轻微的激素抗拒性前列腺癌，中国大陆还没有治疗性肿瘤疫苗批准用于临床治疗。”

“那您前面说的细胞治疗是属于这个吗？”小姚护士的叔叔这时也插话了。

“当然不是，细胞治疗就是你咨询的很多人声称的那个所谓生物治疗，它也属于生物免疫治疗的一种，但它不是主动性的免疫治疗。刚才说的肿瘤疫苗是主动免疫治疗，就像是城市管理者根据需要主动对城市布局，主动出警去打击坏蛋分子，除了可以主动出警，有时我们还可以通过把自身的那些由于坏蛋分子破坏而失去战斗力或战斗力受到削弱的警察送去别的地方进行‘培训’和‘充电’恢复战斗力，或者直接向另一个城市借用警察，经过恰当的‘培训’武装后，最终获得能用于本城市作战的‘警力’，去打击坏蛋分子（癌细胞），这种出警方式用医学专业的名词就是‘被动（过继性）免疫治疗’，其中主要指的就是免疫细胞治疗，医学上的定义就是通过分离病人自身的或采集分离另一健康人的淋巴细胞，经过在体外进行激活以产生足够数量的能够识别肿瘤抗原标志的T细胞（可以杀伤癌细胞的警察），而后回输到病人体内，最终去消灭肿瘤。”

“这个听起来很好啊，但您前面为什么说它并不太靠谱呢？”小姚护士的叔叔很有追问精神，咨询或是看病就应该这样，要学会问问题，学会思考，学会追问，这样才能尽可能多的获取你真正想要了解的信息内容，真正负责的医生不怕被病人或家属问，问是好事，就怕不问，当然，问要带着信任去问，而不是质问。

“我之前说了，我简单地回答靠谱或不靠谱其实并不科学，那只是为了避免误导或纠缠不清，如果有充足的时间好好沟通说清楚则另当别论。关于这组



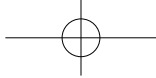
胞治疗，从理论上听起来确实让人眼前一亮，但现实是，有时我们所需要的合格警察并不能达到足够的数量，或者根本就没有培训出合格的警察可供使用，或者这些警察由于某种原因‘眼瞎’无法准确找到坏人，纯粹是空架子摆设，这样的警察再多也没用，这正是细胞治疗听起来很美但有时结果却并不尽如人意的原因所在，也是其面临的最大困境之一。”

比如很多人经常听到或咨询的细胞治疗之一的LAK细胞治疗，也就是淋巴因子活化的杀伤细胞治疗，有研究显示其对治疗某些肿瘤可能有效，但迄今没能拿出让人信服的证据，目前这一疗法的临床应用其实基本被放弃。又比如TIL细胞（肿瘤浸润性淋巴细胞），就是从患者的肿瘤组织中分离提取出来的一群淋巴细胞，在体外经IL-2等细胞因子扩增后回输到患者体内，具有一定的肿瘤特异性，已在部分肿瘤（比如黑色素瘤）中显示出一定的疗效，但它的操作步骤烦琐，对取材的要求高，容易污染，而且只有少数病人可以分离到足够的合格TIL细胞用于治疗。再比如CIK细胞（细胞因子诱导的杀伤细胞），它是外周血单个核细胞经过IL-2、 γ 干扰素等细胞因子在体外进行诱导分化而获得的NK样T细胞，它的细胞毒作用比LAK细胞更强，治疗某些实体肿瘤手术后的病人以及淋巴瘤、白血病等自体干细胞移植或放化疗后微小残留病变患者显现出一定的疗效，但CIK细胞目前在临床应用上仍有很多问题有待解决。另外，还有一种DC细胞，即树突状细胞，研究也显示出一定的疗效，但也同样存在较多问题有待解决，临床实际应用也因此受到限制。

“这样说来，细胞治疗似乎走进了死胡同，没有前途了。”从小陈医生的眼中我看到了一丝失望，还有不解与困惑。

“那倒也不是，其实上面说的这些免疫细胞治疗，有的确实已证明没有什么前途，但有的也并非一无是处，在某些情况下，如果严格掌握适应证或者用于临床研究也还是有潜在价值的。但现在的细胞治疗被某些人滥用，完全是想用就用，无限扩大适应证。”

上面说到的那些大家熟知的过继性细胞治疗，诸如CIK、DC、TIL等的临床疗效远没有达到我们的期望值，最根本的原因之一可能就是，尽管你培养出了一大堆的免疫杀伤细胞，（比如T细胞、NK细胞），但其识别肿瘤细胞的能力



力极其有限，也就是说，培养的警察再多，不能认出坏蛋是谁，也是白搭，或者只能认出少量坏蛋，这样效率就非常低，培养出一万名警察，只能抓到有限的几个坏蛋，这显然是不行的。因此，医疗界一直在这方面不断研究和努力以求突破。近年来迅速发展起来的也是最被专业人士看好的新一代细胞免疫治疗技术是CAR-T细胞治疗（Chimeric Antigen Receptor T Cell Therapy），即“嵌合抗原受体基因修饰的T细胞”治疗技术，它是通过提取病人或捐献者的T细胞，T细胞就是用来和癌细胞战斗的武器，但前面说了，如果针对性不强，或者认不出癌细胞，其威力就得不到充分的发挥，而如果通过在人体外进行培养并对其进行基因修饰，使它能够识别癌细胞的某个表面抗原标记，然后再把这种经过修饰的T免疫细胞回输到病人的身体内，它专门找那个带有特定表面抗原标记的癌细胞，这样就可以定向攻击相应的癌细胞，威力当然会大力提升。已经有研究报道，把它用在慢性淋巴细胞白血病的治疗上取得了成功，并开始在其他类型的白血病以及淋巴瘤和某些实体肿瘤中开展研究并取得可喜的疗效，这种CAR-T细胞免疫治疗可以说是开启了肿瘤免疫治疗的新纪元，甚至有学者认为CAR-T细胞免疫治疗是迄今为止唯一能彻底治愈癌症的治疗手段，这个当然有点夸大了，结论也下得有点早。

“那您说的这种CAR-T细胞治疗有被正式批准使用吗？”小姚护士的叔叔再次追问，作为病人家属当然总是最关心一种新的治疗手段是否能实际使用。

“还没有，尽管目前这种CAR-T细胞免疫治疗在临床研究中取得巨大的成功，但都还没有被正式批准用于临床广泛应用，仍处在临床研究阶段，而且CAR-T细胞治疗的风险也不容忽视，比如它可能会导致细胞因子释放综合征，表现为高热、低血压甚至休克死亡等。”

说到细胞治疗，又让我想起之前有一个睾丸癌术后病人，刚刚30岁出头，子女未成年，一家人从湖南贫困的山区来到厦门打工，经济条件非常一般，幸好在厦门打工的工厂给他买了基本医保，治病还是勉强可以负担得起的。本来像睾丸癌这样的对化疗高度敏感的肿瘤，即便是晚期或复发，也仍有治愈的可能。以手术和全身化疗为主，化疗方案所用的药物也不会太贵，而且大部分都可以医保报销，关键是要规范治疗。可惜的是，他老婆不知从



哪里听说某某医院有“神奇”的“生物治疗”，他把家里所有的积蓄都拿出来去进行这所谓的细胞生物治疗，做了一段时间的这种细胞治疗，钱花得差不多了，可肿瘤还在疯长，于是来到我这里治疗。当我提醒他不要乱折腾要相信正规治疗，他的回答让我直接无言：“唉，只怪我运气不好，别人做那个生物治疗都是效果非常好。”看看，这可真是被彻底洗脑了，这种本来可以通过正规化疗就可能治愈的癌症却瞎折腾细胞治疗，是典型的不按适应证滥用。

一种治疗技术或药物本身可能并不会害人，真正害人的是不按规矩乱用滥用！癌症不可怕，可怕的是对癌症的无知。

“潘老师，我还有一个疑问，就是那个什么干扰素、白介素之类的算不算肿瘤生物治疗，因为好像我记得在学校学《医学免疫学》课程的时候，说它们是免疫调节剂。”小陈医生提出了一个很好的问题。

其实像干扰素、白介素这类也属于广义的生物治疗范畴，可以归属到非特异性免疫调节剂，当然属于生物免疫治疗的范畴。除了白细胞介素（IL）和干扰素（IFN）外，肿瘤坏死因子（TNF）和卡介苗也归属这一类，它们主要是通过刺激免疫效应细胞来治疗肿瘤，打个比方就是通过激励警察的战斗力的对坏蛋分子进行打击杀伤。 α 干扰素很多人可能听过，它是第一个被证实具有抗肿瘤活性的细胞因子，已被批准用于慢性淋巴细胞白血病、低度恶性非霍奇金淋巴瘤、恶性黑色素瘤、肾癌等的治疗；白介素-2被批准用于治疗恶性黑色素瘤和肾癌。由于这种免疫治疗是非特异性的，因而会带来较严重的副作用，有时甚至是致命的。

还有一类近年受到热烈追捧的所谓免疫检查点阻断剂，也可以归为非特异性免疫调节剂，是通过把那些压制警察战斗力的负面力量给去除掉，从而恢复警察的战斗力的，专业术语就是通过解除机体的免疫负调控机制，使被抑制的抗肿瘤免疫重新发挥作用，有点“负负得正”的意思。比如近几年非常热门的CTLA4阻断剂Ipilimumab（依匹单抗）是一种抗CTLA4的单克隆抗体，它能使原本被抑制的抗肿瘤免疫得到解除，从而真正调动起抗肿瘤免疫反应。美国FDA于2011年批准ipilimumab（商品名Yervoy）用于治疗晚期恶性黑色素瘤。抗PD-1的单克隆抗体Pembrolizumab（商品名Keytruda）、Nivolumab（商品名



Opdivo)和抗PD-L1的单抗Atezolizumab(商品名Tecentriq)也是类似机理,区别只在于阻断的靶点不一样,最终目的都是解除机体被抑制的抗肿瘤免疫,让免疫细胞能够重新发挥抗肿瘤作用,抑制或杀灭癌细胞。这三种药物先后被批准用于黑色素瘤、非小细胞肺癌、肾癌、膀胱癌、霍奇金淋巴瘤、头颈部鳞癌等多种恶性肿瘤,其他更多的适应症正在加紧临床试验中,非常有应用前景,将来有可能改变肿瘤治疗的格局。

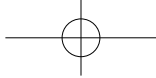
“潘主任,这个治疗太好了,可以治疗卵巢肿瘤吗?国内有这种药吗?”小姚护士的叔叔再次提及他最关心的实际使用问题,眼里闪烁着希望。

我不忍心否定,但又必须客观回答,在中国大陆这些药暂时还没有正式被批准上市(美国欧洲等国家已批准上市,中国大陆也将陆续进行临床试验后批准上市),目前的适应症也仅限于前面提到的几种癌症。理论上这种免疫治疗可用于包括卵巢肿瘤在内的大多数恶性肿瘤,但理论终归是理论,最终仍必须要经过正规的临床试验得到有效的研究结论并经批准后才能上市应用,而不是随意拿来滥用,包括前面提到的细胞治疗亦是如此。尽管对那些不规范的治疗我充满着愤慨,有时甚至会以较极端语气去批判,但我针对的其实不是这些治疗技术或药物本身,而是某些使用者不合规、不按适应证的滥用,或者将仍处在临床研究阶段的治疗手段和药物拿到临床直接应用。对待这些治疗技术和药物,要辩证地理性地去对待,既不要全盘否定,又不能滥用。当然,如果有这类新药或技术的正规临床试验,我鼓励符合条件的病人尽量参加。记住:我说的是正规临床试验,而不是某些医院科室自己搞的所谓“临床试验”(其实只是病例观察)。

“非常感谢潘主任,让我了解了很多,真的非常感谢!尽管有些专业名词我听不太懂,但您通过打比方,我还是大概明白了。谢谢您!”

“您太客气了!以后有什么疑问还可以来找我,另外,记得一定要让你女儿到正规医院治疗,如果真是卵巢生殖细胞肿瘤,是有可能治好的,千万不要听信各种传言或广告而误了正规治疗。”我忍不住再次提醒他,这也许是从医以来养成的职业病,变得越来越婆婆妈妈,所谓医者父母心。

“我一定会听从您的建议,让我女儿去接受正规治疗,您可真是解开了我的心结,再次感谢您!”看到他开始舒展的眉头,我深感欣慰。



(三)

肿瘤基因治疗，前路漫漫潜力股

小姚的叔叔走了之后，小陈医生似乎仍意犹未尽：“潘老师，再向您请教一下，基因治疗算不算生物治疗的一种？”

“你这个问题问得太及时了，看得出你是意犹未尽，其实我也意犹未尽，总感觉少说了一些什么。没错，从广义上看，基因治疗也属于生物治疗的一种，容我慢慢道来。”我喝了口水，接着说。

什么是肿瘤基因治疗呢？本质上，基因治疗就是通过改变细胞遗传物质来实现治疗肿瘤的目的，也就是将有治疗作用的一段基因序列通过一定方式导入到机体靶细胞，通过转基因高水平表达，获得治疗效应的一种生物医学技术手段。

根据插入的目的基因不同，基因治疗主要采取以下几种策略：基因修正治疗（恢复抑癌基因的功能）、基因抑制治疗（抑制癌基因的异常活化）、自杀基因治疗、免疫基因治疗等。

先说基因修正治疗，目的是恢复抑癌基因的功能。中国食品药品监督管理局（CFDA）于2004年批准国产重组人p53腺病毒（商品名：今又生）局部注射治疗头颈部鳞癌，这是世界上首个获批的基因治疗药物。研究表明，直接在瘤体内注射携带野生型p53基因的重组腺病毒治疗头颈部鳞癌显示出一定的疗效，这一治疗策略正是通过基因修正来实现的，主要针对抑癌基因，也就是通过替换、添加基因等手段，恢复抑癌基因的功能，从而抑制癌细胞的增殖，诱导癌细胞凋亡而达到治疗的目的。

接着来说说基因抑制治疗，也就是抑制原癌基因的异常活化。什么是癌基因（原癌基因）？它指的是细胞基因组中具有能够使正常细胞发生恶性转化的一类基因，这类基因的蛋白质产物其实参与正常细胞的生长、分化和增殖，而肿瘤的发生与癌基因的异常活化有密切关系，因此，通过抑制癌基因的活性，可以有效地抑制癌细胞的生长。

再说说免疫基因治疗，也就是通过基因重组技术，将免疫调节基因或抗原基因导入到肿瘤细胞或免疫效应细胞中，而后再把它输到病人体内，从而增强



人体免疫系统对肿瘤细胞的识别、抑制及杀伤力，最终抑制肿瘤的生长，达到治疗肿瘤的目的。

还有一种自杀基因治疗，也就是将某些病毒或细菌的基因转入癌细胞中，这种基因编码的特异性酶能够将原先对细胞无毒或毒性极低的前体药物在癌细胞内代谢成对细胞有毒的产物，从而达到杀死癌细胞的目的，这类前体药物转换酶基因称为自杀基因。

听完介绍，你可能会说，哇，这基因治疗太好了。确实，肿瘤基因治疗是研究热点，但其作为肿瘤治疗的手段还不够成熟，多数仍处于临床探索阶段。

说了这么多，我估计多数人还可能是一头雾水，不要说普通老百姓，就算是医生也不见得都能准确理解。不过没关系，基因治疗多数还没有进入到治疗实践中，多数人暂时还不会用到，科普需要慢慢来，急不得。不妨打个比方，简单地说，基因治疗就好像是通过直接改装城市的布局或架构体系，是真正从根基上下工夫（改造基因），比如，通过基因修正来恢复人体固有的能用来抑制癌症生长的那些基因，即所谓抑癌基因。人体本来就有某种天然的对抗癌症的能力，但由于癌症的侵袭导致这种能力全部或部分被破坏或削弱或丧失，那我们可以通过某种手段来恢复这种遭到破坏的能力，也就是通过修正抑癌基因以恢复其功能以达到抑制癌症的目的，这听起来确实很不错。但理想很丰富，现实却很骨感，目前我们的技术还无法做到很好地达到我们想要的目的，所以基因治疗目前更多地还是停留在研究阶段。

尽管困难重重，但相信随着技术的进步和研究的深入，肿瘤基因治疗前景广阔，是个十足的潜力股，将来应该会大有作为。

（四）

肿瘤靶向治疗，炙手可热正当时

从基因治疗的虚无中回过神来，小陈医生似乎仍是意犹未尽，她好学的精神值得点赞。既然关于肿瘤生物治疗的话题已经打开，这最后一部分内容就一并跟小陈医生说说。说起肿瘤生物治疗，其实现在最炙手可热的是……

才开了头，突然护理站传来急促的呼叫声。



“老潘，快点快点！快去看一下3床病人！她全身发抖，感到胸闷乏力，面部潮红，有点气促。”3床是我主管的一个弥漫大B细胞淋巴瘤病人，今天开始进行免疫化疗，也就是利妥昔单抗靶向药物联合化疗，凭借多年的经验，我的第一反应是病人发生了药物输注反应，我以最快的速度冲进病房，小陈医生也跟着到了病房一起查看病人。

我一看点滴，果不出我所料，病人正在输注的正是利妥昔单抗，这是一种治疗B细胞淋巴瘤的靶向药物，也就是大家时有耳闻的所谓靶向治疗，而刚才这个病人出现的是利妥昔单抗点滴过程中的一种滴注相关症状，也叫做输注反应，一般首先表现为发热和寒战，主要发生在第一次滴注时，通常发生在输注的前2个小时内，其他随后的症状可能包括恶心、皮疹、瘙痒、疲劳乏力、头痛、胸闷、支气管痉挛、呼吸困难、舌或喉头水肿（血管神经性水肿）、暂时性低血压、潮红、心律失常等，与通常我们见到的过敏反应表现类似，但与通常的过敏反应又不完全相同，这些输注反应通常随着滴注的继续而减轻，第二次滴注时一般较少发生，当然，这种输注反应一旦发生，也必须要及时处理，否则也同样会危及生命。使用利妥昔单抗前30至60分钟必须常规预处理，比如使用解热镇痛类的药物（百服宁或对乙酰氨基酚等）和抗组胺药（苯海拉明）等，而且起始滴注速度一定要慢，用输液泵控制滴注的速度，点滴前至结束全程都要进行心电监护，严密观察，特别是第一次使用时。

我立即下达抢救医嘱，暂停输注利妥昔单抗，换上生理盐水，维持静脉通道，吸氧，给予非那根肌注及地塞米松等静脉推注，并密切监测血压、心率、呼吸和血氧各项生命体征指标，同时我一边给病人盖被子以保暖，并安抚病人的紧张情绪。经过以上处理后，病人症状慢慢得到改善，约1小时左右后病人情况恢复正常，我这才舒了口气。

这种单抗类靶向药物通常很昂贵，基于它的副作用特点以及之前我对这种药物的临床使用经验，经过与病人和家属沟通后，将点滴速度至少减为原来的一半继续缓慢输注治疗，并安排一名经验丰富的护士坐在病床旁，严密监测生命体征。

我离开病房回到办公室，坐下喝了口水。小陈医生这时也跟了过来，我说：“小陈，你过来，这个病人你要注意多加观察，刚才发生了较为严重的输注反应，经处理后缓解，现在以减半的速度输注，但还有可能再次发生输注反应。”



“好的，潘老师，刚才真是险啊，要不是您经验丰富，后果不堪设想。”

“作为一个肿瘤科医生，除了对肿瘤的诊断、治疗方案的制订要熟练掌握，对每一种药物的不良反应以及相应的处理也必须掌握，要烂熟于心，这是最基本的要求，否则就不能算是合格的临床医生。”

“谢谢潘老师教导，我想再请教潘老师一个问题，就是关于刚才这个病人用的靶向治疗，您能不能也给我顺便讲一讲？”小陈从白大衣口袋拿出随身携带的笔记本准备记录。

“当然可以。”

说到这个利妥昔单抗，它属于分子靶向治疗药物的一种，从广义的分类上也可以归到肿瘤生物治疗中来。肿瘤生物治疗除了前面说到的免疫治疗和基因治疗，还包括分子靶向治疗。分子靶向治疗现在可是非常热门的，是肿瘤研究的前沿领域，也已经取得了重要进展，并成为抗肿瘤药物研发的最重要方向。细胞毒性药物（化疗药）虽然可以有效杀灭癌细胞，但针对性不强，在杀伤癌细胞的同时会损伤正常细胞而导致一系列毒性反应，而分子靶向治疗则可以相对选择性地作用于与癌细胞有关的靶点，因此毒性反应较少。

简单地说，所谓分子靶向治疗就是指针对特定分子靶点的治疗，即使是不同病理类型的肿瘤，只要存在相应的靶点，都可能有效。现在很多肿瘤都有了靶向治疗的药物，大家耳熟能详的靶向治疗药物如利妥昔单抗（美罗华）、西妥昔单抗（爱必妥）、贝伐单抗（安维汀）等属于大分子的单克隆抗体，还有小分子的酪氨酸激酶抑制剂，如吉非替尼（易瑞沙）、厄洛替尼（特罗凯）、埃克替尼（凯美纳）、伊马替尼（格列卫）等，多靶点激酶抑制剂索拉非尼（多吉美）、舒尼替尼（索坦）、范得他尼等，每年还不断有新的分子靶向药物上市或在研发中。

如果将分子靶向药物简单进行分类，主要包括单克隆抗体、抗新生血管生成药物、小分子靶向药物及其他靶向药物。

先说单克隆抗体。目前已经有多个抗体类靶向药物正式批准进入临床应用，比如利妥昔单抗是一种针对CD20抗原的人鼠嵌合型单克隆抗体，能特异的与跨膜抗原CD20结合，被批准用于表达CD20阳性的B细胞非霍奇金淋巴瘤。又比如，曲妥珠单抗是一种抗c-erbB2（Her-2）的重组DNA衍生的人源化



IgG型单克隆抗体，能特异性作用于人HER2（表皮生长因子受体-2）的胞外区，批准用于HER-2过表达的早期和晚期乳腺癌以及晚期胃癌等。再比如，西妥昔单抗是一种针对表皮生长因子受体（EGFR）的人鼠嵌合型单克隆抗体，适用于结直肠癌、肺癌、头颈部鳞癌等。

接着说说抗肿瘤新生血管生成的靶向药。肿瘤的生长与浸润转移离不开血供，因而与血管生成有密切关系，针对血管生成的靶向治疗已经有了较大进展。抗血管生成的靶向药物主要包括一些小分子药物如恩度、沙利度胺以及抗VEGF受体的大分子单抗如贝伐单抗。国产的抗血管生成靶向药物恩度是一种重组人血管内皮抑素，其对肿瘤细胞及非内皮细胞的增殖无影响，而能抑制血管内皮细胞增殖和迁移从而抑制肿瘤新生血管的生成，阻断肿瘤细胞的营养供给，达到抑制肿瘤增殖或转移目的，中国食品药品监督管理局已批准恩度联合NP方案用于III/IV期非小细胞肺癌，研究还显示其对胃癌、卵巢癌等多种肿瘤可能有效。又比如，贝伐单抗是第一个重组人源化抗血管内皮生长因子（VEGF）的单克隆抗体，作用于VEGF，阻断VEGF与受体结合，被批准用于结直肠癌、非小细胞肺癌、卵巢癌、宫颈癌等。抗血管生成的靶向药物一般较少单用，多数与化疗联合使用。另外，一些多靶点小分子激酶类药物也具有抗新生血管的作用，一般将其归为“小分子靶向药物”中进行讨论。

最后来说小分子靶向药物及其他靶向药物。这类药的开发研究目前非常热，已经有很多小分子靶向药物正式批准用于肿瘤治疗。比如酪氨酸激酶小分子抑制剂吉非替尼、厄洛替尼、埃克替尼等批准用于特定的非小细胞肺癌等，针对Bcr-Abl融合蛋白和c-Kit激酶的抑制剂伊马替尼批准用于ph+的慢性髓性白血病以及CD117阳性的胃肠间质瘤。多靶点激酶抑制剂索拉非尼、舒尼替尼、范得他尼等，被批准用于原发性肝癌、肾癌、甲状腺癌等多种肿瘤。其他靶向药物还有诸如泛素蛋白酶体抑制剂硼替佐米（用于多发性骨髓瘤等）、组蛋白去乙酰化酶抑制剂Romidepsin、西达本胺（用于复发及难治性外周T细胞淋巴瘤等）、法尼基转移酶抑制剂、金属蛋白酶抑制剂等等。

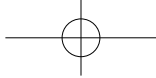
有人把靶向治疗药物比作是生物导弹，因为它有较明确的靶标，目标明确，可以定向打击，较少伤及无辜，因此打击的效果好，副作用也较少。细胞毒性药物（也就是化疗药）虽然也可以有效杀灭癌细胞，但针对性不强，在杀伤癌细胞的同时会损伤到正常的细胞而导致一系列的毒性反应。但所谓的副作



用少也只是相对的，正如刚才这个病人用到的利妥昔单抗，出现了明显的输注反应，如不及时处理也同样可能危及生命。靶向药物的副作用与化疗药的副作用的表形方式和特点不尽相同，仍然需给予高度重视，并进行相应的处理，所谓的“靶向”，只是相对而言的，不是绝对的。

“谢谢潘老师，今天收获太大了。您休息一下吧，我去观察刚才那个病人，有什么情况我向您汇报。”作为刚踏上工作岗位的临床医生，勤快肯干、谦虚好学、踏实认真、胆大心细，是最基本的素养，小陈医生这些都具备了，是一块学医的好料。

后来从小姚护士那里了解到，她叔叔那天咨询我之后，听从了我的建议，没有让他女儿在当地医院进行所谓的生物治疗（细胞治疗），次日就带他女儿到了省里的肿瘤医院妇科进行全面的诊治。再后来他把在省肿瘤医院的诊治过程出院记录传给小姚，小姚转给我看，从中我了解到更多的细节。先是进行了手术，手术后的病理诊断证实是卵巢无性细胞瘤（卵巢生殖细胞肿瘤的一种），切除了右侧的卵巢和输卵管，而子宫和左侧卵巢输卵管都没有肿瘤累及，因此应要求保留了子宫和左侧的卵巢输卵管，也就保留了生育功能，手术后安排了规范的化疗。卵巢无性细胞瘤尽管对放疗最敏感，但由于患者比较年轻，有保留生育功能的要求，所以不采用。现在小姚叔叔的女儿恢复得非常好，定期进行随访复查。后来还谈了个男朋友，男朋友之前就一直暗恋她，两人恋情发展很快，据说最近正在谈婚论嫁商量结婚的事，还说哪天抽个机会想来拜访我以示感谢，感谢我及时帮她纠正了不正确的治疗方向而避免误入歧途，这也许是从医者最感到欣慰的幸福时刻。



4

送上门的灵丹妙药

人生就像弈棋，一步失误，全盘皆输，这是令人悲哀之事；而且人生还不如弈棋，不可能再来一局，也不能悔棋。

—— 弗洛伊德

(一)

赵姨是我朋友何星（化名）的妈妈，退休多年，是个典型的中国式市井大妈，听何星说，平时他妈闲来没事，就爱搓个麻将牌啥的。大妈们凑在一起本来就是图个快乐打发时光，可她们却经常为输赢争吵起来，甚至有一次还拉扯发生肢体冲突。你说这多大点事啊，人家玩了回家是高高兴兴，他妈妈玩了回家经常是一肚子的气，为这事，何星简直要崩溃。

由于赵姨本来就体型肥胖，加上搓麻将经常是一坐一上午甚至一整天，饮食也没节制无规律，久坐惹病，高血压糖尿病早已缠身。庆幸的是，去年她开始疯狂迷上了广场舞，麻将才慢慢搓得少了，至少运动比以前多了。

但是，“疯狂”终有代价，久坐伤身，饮食不节无规律，加上赵姨患高血压糖尿病也有些年头了，癌魔竟在不觉间悄然找上门。

有一天何星给我短信留言：“今天看我妈跳广场舞回来脸色苍白，问她也不说，只说腰腿有些酸痛不舒服，最近一段时间都这样，说是可能跳舞太累了。潘，你说我妈会不会身体有什么事？”跟我很熟的朋友一般称呼我为“潘”，一个“潘”字显得亲切。

我让何星再好好问问赵姨还有没有其他不舒服，或者次日直接来门诊找我看看。何星的回复是，他妈妈说没啥事，不用弄得太麻烦，说肯定是跳舞跳得太累了，歇一歇就好了。我也就不好勉强了。

可没过几天，何星直接给我电话，语气中透着紧张和不安，大致的意思是说他妈妈歇了几几天精神也没见好转，脸色还是一样的苍白，而且还经常捂着小肚子，说是小肚子痛。我心里一震，这可能有问题啊，脸色苍白一般是贫血的表现，贫血首先要排除慢性出血的可能，医生的职业习惯就是追问病史：“有



没有解带血的大便？或是阴道有没有出血的情况？”何星说：“跟你们医生说话真有些不习惯，用词毫不避讳，不过，老妈的事，我也讲究不了那么多了，我去问问她吧，你稍等一下。”

这“稍等一下”，竟然半天没回音，果然这赵姨是个“事儿妈”，估计我这笨嘴拙舌的朋友加上封建保守的思想加上对医学的“无知”，根本问不出个所以然来。果不然，手机响了，我赶紧问：“怎么样？问了吗？”“问了，我妈开始不肯说，说一大男人问这个干吗？在我再三的追问下，并拿出你来吓唬她，她勉强同意明天去找你，说跟我说不清，要明天当面跟你说。”我说，“别等明天啦，有事早处理，别拖拖拉拉，你们不急，我急，万一有啥事咋办？下午来吧，下午刚好我们门诊。不要让她一个人来，我怕她晕倒，你得陪她来。”

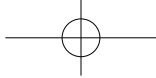
下午赵姨如约而至，不过，陪她来的不是她儿子何星，而是另一个跟赵姨年龄相仿的阿姨，赵姨看出我的疑惑，说：“何星哪懂什么啊，我让他忙他的事去，叫了平时一起跳舞的好姐妹来陪我，你不是要求一定得有人陪着吗？”在赵姨说话的档儿，我一边观察着她的外观，根本不像何星说的脸色苍白啊，嘴唇也挺红润，但阿星说的不可能有假，好些天都脸色苍白，怎么可能一到我这就变红润了？肯定不对，我稍凑近一看，晕，赵姨居然化了妆，真是老来俏啊，俏就俏吧，但来医院看病就别俏了，晕死个人的大妈。

前面说了，赵姨是那种典型的中国式市井大妈，说话可得小心点，之前也曾领教过一两次，但为了求得真相，我又不得不问，我半开玩笑地说：“赵姨越活越年轻啊，值得我们年轻人学习。”赵姨赶紧说：“哪有啊？你是在笑话我一把年纪还涂脂抹粉吧？”我晕，好险，自认为说得很委婉，哪知还是被一眼看破，我这说话水平全然不是她的对手啊，但至少可以确认她是打了粉底涂了口红的。

我说：“赵姨，我给你检查一下啊。”一边伸手把她眼皮翻起看了看，下眼睑是苍白的，这是一般化妆不会干扰到的地方。基本肯定了有贫血的表现之后，我进一步追问病史：“赵姨……”我突然意识到，以赵姨平时的风格，有旁人在场，估计难于问出隐私病史，于是我跟陪同赵姨来的那个阿姨说：“还不知道这位阿姨贵姓？”“哦，她姓丁，你叫她丁姨吧。”

“丁姨，这样，您先到外面坐一坐，我跟赵姨说点私事？”

“哟，还把我当外人了，好的好的，你们聊你们聊。”晕，看来有点不高兴



了，跟大妈们过招，我永远只能甘拜下风，搞不定。我朝赵姨使了个眼色，赵姨是什么人啊，马上明白我的意思：“丁姐啊，你可别想多了，咱们老姐妹这么多年，什么时候藏着掖着了？我估摸着小潘啊是有什么特别的事要跟我说。”

“得，我到外面坐一坐，好姐妹不见外，有事你叫我一声。”

我深呼了一口气，算是解围了，简直如履薄冰啊，汗！

通过简单的查体，基本可以确定有贫血，接下来我还得通过抽血验血常规来证实，并了解贫血的程度，以决定处理的缓或急。在这之前，我还得再问清楚病史以便尽可能查明贫血的原因，多数情况下贫血只是疾病的一个表现，在治疗贫血之前得先弄清楚贫血是什么原因导致的，这也是疾病诊治的基本思路 and 原则，比如发热，除了危及生命的紧急情况，我们首先要做的不是急着马上退烧，而是应该先弄清楚是什么导致的发热，如果急着退烧，反而可能掩盖真实的病情，让病因检查更加复杂扑朔迷离。当然，这个查因工作应该由医生来做，但作为普通老百姓也应该养成这种基本的疾病诊治思路，遇到问题学会首先问“为什么”。

我说：“赵姨，现在也没有外人，我问您的可都得如实回答啊。”

“当然，难道你说我会骗你啊？”真是心直口快不饶人的大妈。

“赵姨，最近上厕所时有没有注意大便是否有带血的情况？”

“家里是坐式抽水马桶，上完就冲掉了，没太注意这个，应该没有吧。”

“那便纸上沾有血吗？”

“也没太注意，好像没有吧。”

看来是未知数，这条线索暂时算是基本断了，再问：“那小便呢？有没有带血的情况？或者有没有感觉阴道有出血的情况？”

“解小手后有时用纸擦着会带血，可能是例假里的血。”

例假？赵姨都多大年纪了，56岁了，会还有月经？这个年纪多数人都绝经了，尽管会有少数的例外。这可是一条重要线索，不能轻易放过，医生的一项重要本领就是善于从看似无意的闲聊中抓住有利于诊病的蛛丝马迹，这除了理论的熟知，更要经验的积累，关键还是要在平时进行有意识的训练。

“赵姨一直还有例假吗？”我追问着。

“停了好些年了，也不知为什么，今年年初又开始来了，估计我小肚子有



些痛可能是痛经，我年轻时就痛经，后来生孩子后就好了，也怪我跳舞跳得太猛了，不然这例假也不会又来了，看来是抖动太厉害，让人烦死。哎呀，我跟你个男人说这些个干嘛呀，你又不是妇科医生，你问这些个干什么？”

晕，晕，晕！汗，汗，汗！这赵姨，我是该说她无知呢还是该说她可爱呢？让我说什么好！例假停了好些年又来了？还痛经？跳舞跳得太猛，抖动就把例假给抖出来了？按她的意思，难不成是跳出血了？我的天啦，这，这，这也太让人哭笑不得了！当然，这只是我内心的“波澜壮阔”，我哪有胆量把这些话说出来。

绝经后还有异常的阴道出血，这个得高度警惕妇科问题啊，最必须警惕妇科癌症，特别是子宫的癌症。但这个时候我不能轻易说出癌字，以免吓着赵姨，我也只是基于临床经验的初步怀疑，不是妇科医生，我连最基本的妇检都做不了，没有充分的证据，万一不是癌症，会增加她不必要的心理负担。

“赵姨，尽管我不是妇科医生，但我毕竟也是学医的啊，妇科多少也懂一点啦。这样吧，赵姨，等下我先初步给你验一下血，然后我帮您找一个妇科医生去看一看，您的这个出血可不是例假那么简单哦，要进一步检查。”

“多大一点事啊，你们医生就是事多，喜欢把简单的事弄复杂，不会有事的。”赵姨的嘴还在硬，人都有潜意识的否认得病的本能。说实话，赵姨的这种心理还真不是个别现象，多数人倾向于把好事放大，而把坏事（当然包括生病这类事）往小里想，甚至有意无意忽略。所以，对一些表现出来的不舒服症状会想当然自我安慰一下，找各种不用去医院的借口。去了医院，医生当然不会像一般人那样考虑过于简单，会尽可能排除各种可能的情况，有时需要借助一些检查，很多人就会觉得医生大惊小怪，把小事弄大，甚至有的人认为医生是别有用心，故意做很多检查目的是为了赚钱，尽管我不能排除少数这种可能，特别是一些不正规的私人诊所目的在于赚钱。但多数情况下，医生绝不可能纯粹为了赚钱而安排检查，如果你就是要这样想，那你就签个字，有问题不要怪医生，不做检查也行，但后果得自己承担，医生肯定不会逼你做的，医生让你做，你拒绝做，后来有事了，反过来又怪医生，这是强盗式思维。想要马儿跑，又要马儿不吃草，想要查清楚病，又不想做检查，逻辑不通。

面对赵姨显而易见的异常表现，作为医生，我当然不能就此放过，否则万一有事，不只是对不起朋友何星，也对不起自己的良心，我说：“那可不行，



赵姨，这一次您一定得听我的，我帮您安排好，您不用操心。”一边说着，我一边在电脑中开出血常规的化验项目，然后指导着她去验血。

验血的报告出来，结果提示血色素为75g/L，这是中度贫血，考虑到她说的所谓“例假”，应该慢性失血有较长一段时间了，只不过因为是慢性少量失血，所以她也逐渐适应了，这也正是为什么她一般情况下并没有太明显的头晕表现，但随着贫血的加重，最终仍是会有贫血的表现，比如头晕，面色苍白等。现在我当然不能任由她的贫血继续下去，得尽早处理。可以肯定这不是正常的“月经”，要么是功能性的子宫出血，要么就是肿瘤相关的阴道出血。比如，子宫黏膜下肌瘤、子宫内膜癌、子宫肉瘤等，考虑到她的肥胖体型以及高血压糖尿病史，我的直觉高度怀疑子宫内膜癌可能性较大，有必要进行分段诊刮，视情况可考虑宫腔镜检查并取活检。

我联系了一个认识的妇科医生，把赵姨的情况说了下，我让丁姨陪着赵姨去妇科找那个我联系好的妇科医生，并交代赵姨到时把检查结果和医生看病的记录拿给我看。

这事就算暂时告一小段落，等待妇科医生那边的检查结果。

（二）

由于每天的工作太忙，加上也交代清楚了，只待赵姨把检查结果拿给我看，所以我也就没主动去问。但过了一个多星期，有天我突然想起来，不对啊，怎么还没有消息？赶紧给何星打电话了解情况，何星说：“我妈那天回来，似乎有些心事，但追问说没事，说你让她看妇科去了，妇科医生说调养调养几天就好了，当时我想你也不懂妇科，问你也没用，就没给你打电话。我看她弄了些中药回来吃，说是医生开的，可以治好她的病，我一想既然是医生开的，肯定没问题。”

我一听，这太不正常了，肯定有问题，我交代赵姨让把妇科检查结果和医生记录到时拿给我看，结果弄成了医生给开中药吃，不可能啊，以我对那位妇科医生的了解，她不可能开中药，关键是我们西医哪懂什么中医中药？我得问清楚。

我挂断何星的电话，立马给我那个认识的妇科医生打电话：“杨医生，你



好！上周给你介绍了一个我的熟人找你看病，还有印象吗？就是那个阴道不规则出血的。”

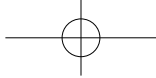
“当然有印象，岂止是有印象，印象深着呢，我那天给她做了妇检，怀疑是子宫内膜癌，然后给她安排做了诊刮，当时我的初步印象就是子宫癌。两天后病理报告出来，跟我的判断相符，确认是子宫内膜癌，那天她拿着报告，哭得呼天抢地，问我怎么办？是不是要死了？我叫她不要紧张，安慰她说没事的，让她住院全面检查，看情况可能要手术。她死活不肯住院，说回家商量商量再说，还说要去找你，听她这样一说，我就跟她说，到时如果要住院，可以随时来找我。难道她后来没找你吗？”杨医生说话像机关枪，嗒嗒嗒，一口气可以说一长串话，麻利干脆。

我的天啊！这真是中国大妈中国老阿姨啊，玩我啊！居然两面手法，那边瞒着何星这边瞒着我，那她这几天做什么去了？吃中药？哪个医生开的？这是要害死人的节奏啊！我赶紧给何星电话，把了解到的情况全部给他说了，何星当时就急了，电话中就哭了，我还真是第一次听他哭，尽管平时因为他妈那脾气和爱八卦，没少吵闹，但真听自己的娘得癌症了，谁能不伤心痛哭？何星一边抽泣着一边说，还以为只是小病，医生开了些中药回家吃就行，哪知道是癌症这么大的事他妈还瞒着他，而且还不知从哪开来一些破中药。我说你一大男人哭什么啊？赶紧带你妈妈来找我。

挂断电话我，我心里那个气啊，这哪里的医生啊，动不动给人开中药治疗？也不看看是什么情况！应该不像是正规医院的中医科医生给开的，正规医院的中医一般不至于这么胡来。心里正想着呢，何星的电话又来了，说他妈死活不肯来我这，说她每天在吃中药，不是正治着吗？这，这，这是洗脑了啊！到底遇到什么高人啊？看来我得亲自登门了。我说，好吧，晚上我去你家。

由于我一心想着赵姨的病，下班后也顾不上回家，先直接赶往何星家。一到何星家，何星就从房间里提拉着一大袋的中草药出来给我看：“潘，你看，这就是我妈不知从哪开来的一堆草药！我得找这个人算账，刚才问我妈，她死活不肯说，说人家要救她的命，我还找人家算账，说我没有良心。你来得正是时候，我妈正生着闷气呢。”

好家伙，说得我是胆战心惊，赵姨什么风格，我是知道的，也领教过，看



来今天得啃硬骨头了。我上前跟赵姨打招呼：“赵姨，怎么啦？生气呢？生气可不好，伤身体。”

“小潘，你来得正好，我问你，你说这个死不听话的何星说要找那个要救我命的人算账，有这样没良心的吗？如果你给人看病，救人家的命，人家的儿子还找你算账，你什么感受？这样做还算个人吗？”

“那当然会非常失望气愤，人要讲良心，赵姨，我支持您。”我欲擒故纵，这个时候当然得要先顺着她，不能一开始就把沟通之门给堵死，得先站到她这边。得到支持，赵姨似乎舒缓了，我抓紧机会继续说：“赵姨，何星是您儿子，他当然担心您，为了您好，心里急。我也担心着呢，心里也非常着急，这不，一下班就急着过来看望您。上次把你介绍安排给妇科医生去看后，我一直惦记着呢，交代您把检查结果拿来我看，但一直没消息，所以心里急得不行。”

“小潘啊，说起这个我还真有点不好意思，是我失信于你，答应你的事没做到，但我估摸着您也不是治妇科病的，就想着不去麻烦你。”

“我说赵姨啊，我没把您当外人，您可是把我当外人了，我是谁啊？何星的好朋友，您不找我找谁？没错，一般的妇科病我不看，但肿瘤我看啊，而且我至少可以给您参考参考不是？您连这个机会都不肯给我，看来是瞧不起我哦，觉得我水平低，我可有点伤心啊。”我尽可能以轻松的口吻笑着说，以缓解紧张气氛。

“小潘，你可别这么说，让我怪不好意思的。我当时拿着那个报告也是蒙了啊，想死的心都有了，癌症啊，得癌症还有不死的吗？我心想完蛋了完蛋了，这辈子算是活到头了。也不怕你笑话我，我当时拿着那个报告单哭得我是脸红眼肿，头重脚轻走出医院的。不过，老天爷待我不薄，我出一门，碰到一个病友，她看我眼睛肿肿的，对我挺关心，我们就聊起来了，这一聊，原来她也得的这个癌症，你说巧不巧。”

我一听，心里一惊，心想完了完了，估计是碰到骗子中介了。“那然后呢？”我追问着。“然后我就问她什么时候得的这个病？她说好些年了，现在全好了，这次是来医院复查。我一听来了精神，问她怎么好的？是做了手术好了吗？我说我刚从医院出来呢，医生让我全面检查然后考虑做手术。她一听，说根本不用做手术，还说多少人得了癌症做完手术马上就不行了，说她碰到一



个好医生，有治癌的妙方，但政府一直不承认他，所以他只能默默在民间救死扶伤。我就问她，现在这个医生在哪？能带我去找他吗？她说这个医生一般人不见，我一听急了，可不能就这样放弃，我就求她帮帮忙，帮忙介绍介绍。”

我说：“然后是不是她就说，看你挺实诚的像个好人，也算是缘分一场，就帮你一次吧，然后就带你去找那个医生了是吗？”

“对啊，你咋知道的？”赵姨似乎马上反应过来，“不对，你这是反话正说，讽刺人。难道我看起来不实诚不像个好人吗？”

“赵姨，我当然不是这个意思。您继续说，我听着，那后来呢？”

“后来我跟她叫了辆的士，东绕西绕到了一个我不认识的胡同，在车上她反复交代我，这个医生不轻易见陌生人，让我不要问人家姓名，不要泄露他的行踪，不然以后想见他就见不到了。我想着人家这么热心帮我，我也不能失信于人，就满口答应。”

“再后来呢？是不是开了这一大麻袋的中草药？”我指着刚才何星从房间里提拉出来的那一麻袋中草药说。

“是啊，当时他还只同意给我开一个星期的药，我心想，多有良心的医生，人家压根儿不是冲着钱，不像你们大医院有的医生，看个感冒也不问人家要不要就动不动给开一大堆的药。就冲这一点，我觉得这医生确实是藏在民间的好医生，可惜了，国家不承认，好人反倒受压制，这个世道也太不公平了。”

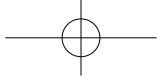
我晕啊，这么明显的骗局，欲擒故纵的手段而已，我可怜的赵姨啊，还为人家鸣不平。

我问：“赵姨啊，你先别急着夸人家，说一说那为什么还是开了这么一大麻袋的东西回来？”

“什么开了这么一大麻袋的东西，你怎么能这样说呢？这可不是普通的东西，是药，是我的救命药！是我跪着求他，加上那个带我去的好心病友帮我一起求情，人家医生才勉强同意给我开了三个月的药，我当时想，好不容易来了，就多开点，他这么难找，万一以后找不到怎么办？”

三个月的药？我的天！我问：“那花了多少钱啊？”

“一万，不贵，三个月的药也才一万，我听说在你们大医院做个手术或做



个什么化疗，动不动就好几万甚至好几十万，有几个治得起啊？一万元钱就能治好癌症，太便宜了。”

我差点晕倒，这是受骗了还要对骗子感恩戴德啊！我服了这些个骗子。

“您怎么带了那么多钱在身上？”“你傻啊，我会带那么多现金在身上，我有卡啊。”倒也是，这么时髦的阿姨，银行卡或是信用卡肯定会有，一两万元钱小意思。只是这钱被骗得也太冤了，被骗得团团转还执迷不悟对骗子大加赞赏，我彻底无语了。

现在的问题是，我要怎样才能让赵姨明白这是一场骗局呢？尽管这个骗局非常低级，但赵姨已经中了魔，此时我的脑细胞完全不够用，咋办咋办？我要疯了！明知是骗子，却又不能轻易揭穿，一是赵姨可能已经对骗子深信不疑，即便是对我和她儿子何星的话也不会相信，二是万一她真明白自己上当受骗了，以她的性格和行事风格，难保不做出什么极端的事，真让人纠结。但又不能就此作罢，任由赵姨继续这样折腾下去，浪费钱财是小事，关键是耽误事，必须要想办法让她迷途知返，尽早开始正规的治疗，否则后果不堪设想。

我找了个机会，和何星悄悄商量了一下对策，回来后我跟赵姨说：“赵姨，您是相信我和何星的话多一些还是那个好心的病友和医生的话多一些？”

“那也得分什么事？这个事我更相信他们，你们救不了我，他能！”

可见，人的脑子一旦“中毒”了，解毒可不是件易事，得，我继续耐着性子：“难道您认为我们会害你吗？何星可是您的亲儿子啊！”

“你们当然不会害我，但关键是你们也救不了我。小潘，你别怪我说话直，尽管你是医生，但在癌症这个事上，你们这些大医院的医生还真没什么招，除了手术就是手术，我都听得多了，手术做一个死一个。”天啦，这都是哪听来的谣言啊，但这个时候，我并不是来跟她辩论的，而是要说服她迷途知返，所以，我得继续“忍辱负重”。

“赵姨，您愿不愿明天带我去医院门口走一走，说不定还能碰上您说的那个好心病友呢。”

“哪会总那么巧？人家也是病人，刚好那天来医院复查，哪会天天在医院门口转悠？我们那天也是有缘才遇上的，是老天要救我，才让我遇到这么个帮我的贵人，那天我要拿钱谢她，她死活不要呢，真要是再遇到，我一定得感谢她。”给她钱表示感谢，她死活不要。晕，这是想放长线继续钓大鱼、舍小钱



骗大钱啊，故意营造“真实”、“好人”骗局啊！

我说：“赵姨，那可不一定，可能遇到的概率不小哦，因为人家本就是在那里钓鱼的。”

“说什么呢？小潘，你这是什么意思？钓鱼，钓什么鱼？人家才不是钓鱼的。”

“赵姨，我的意思是人家就是守在医院门口，专门找像您这样从医院垂头丧气出来的、哭红了眼出来的人，然后把你介绍到所谓的神医那里去，说白了，就是骗子的同伙，那个所谓的民间医生其实是骗子。”

赵姨一听，立马跳起来了，那架势，是要立马吃了我：“你胡说什么？胡说什么！你出去，我这里不欢迎你。”看来，尽管很小心，还是惹火了她的，我冒出一身的冷汗。

何星赶紧过来帮忙：“妈，您别这样好不好，您是相信别人还是相信我们，我们会害您吗？人家潘医生天天在医院，什么没见过啊？既然您认为不可能，那明天跟我们去医院门口有什么害处呢？您不是还想感谢人家吗？能碰到最好，不能碰到也没什么损失不是？”

“我才不听你个没良心的瞎胡扯，要去你们去，我不去。”

谈话就此被彻底终结，毫无商量余地。面对如此执迷不悟的人，作为儿子的何星，以及作为医生的我，都束手无策，只能慢慢再想办法了。

这真是：神医妙方送上门，骗子也被捧成仙。骗子的手段看似低级甚至可笑至极，但总能让人相信。骗子并不高明，只不过是抓住了病人病急乱投医的心态以及人本能都有的急切求生欲望，另外，他们还要了一些所谓的计谋手段，比如欲擒故纵。

天无绝人之路，终于迎来了柳暗花明。

我让何星去报了案，加上之前也不断接到类似报案，医院所在辖区派出所联合医院保卫科通过视频监控摄像头以及便衣卧底，将几个涉嫌截留病人介绍到黑诊所的骗子一举抓获。第一时间获知这个消息后，我立马打电话告诉何星，让他把这个好消息告诉他妈妈，但即便如此，赵姨仍是执迷不悟，说我们是串通骗她的，还拿着扫帚要将何星赶出家门，说他是个不孝子。看来，必须让她眼见为实，我通过熟知的电视台记者打听到当晚电视台生活频道会报道



这则新闻消息，于是让何星到时一定要让赵姨看到这则新闻报道，同时做好两手准备，把这则电视新闻录制下来，万一赵姨顽固不化就是不肯看，可以等她心情好些的时候播给她看。

好在，事情按照我们想要的方向发展了，由于赵姨平时也爱看看电视，当晚在电视中看到了这则新闻报道，在电视画面她看到了那个熟悉的“好心病友”身影，她醒悟了。

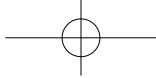
事实上，她的病从吃上这个所谓的救命秘方后根本没有一点好转，只是在此之前，赵姨根本就不肯承认这一点，完全是被洗脑了执迷不悟。还好，耽误不算太久。我将一切安排妥当，抓紧时间住院，经全面检查，赵姨的子宫内膜癌还算是比较早期，做了手术，手术后又做了放疗。一切进行得很顺利，她恢复得也不错，现在正在随访定期复查中。

经历这件事后，赵姨的心态也比以前平和了，阳光总在风雨后。

（三）

为什么“神医”和“灵丹妙药”如此让人痴迷？原因之一就是盲从跟风心理，还有就是抓救命稻草心理，再有就是所谓的“见到疗效”。但细究起来，其所谓的“疗效”常常是经不起推敲的，比如把事情发生的“先后关系”等同于“因果关系”。得了某个病，吃了某个所谓的偏方秘方或稀有贵重补药补品，然后感觉病似乎“好些了”，于是就想当然下结论说是这个偏方或补药补品起的作用。但他却不会傻到把这个“病好些了”归结为吃了米饭或吃了青菜之类的平常之物，其实吃这些东西也跟“病好些了”有先后的关系，先吃了青菜，然后“病好了些”，为什么就没人把功劳归到青菜身上？其实，吃了某个东西“感觉病好了些”可能并不是这个东西起了作用，也许只是暂时的心理安慰作用，真实的病情其实仍在继续发展，或者纯粹只是时间上存在先后关系，也就是说，是纯粹的巧合。把“先后关系”等同于“因果关系”，是很多人的思维误区，生活中也很常见，多数危害不大，但涉及治病，就要时刻提醒自己跳出误区，仔细想一想。

还有一种情况，有的人所谓“癌症”其实根本没确诊。经常有病人或家属拿着CT或磁共振之类的影像检查报告单来找我就诊，报告单上写着“XX癌可



能“，或“不排除XX癌”，问：“医生，得了这个癌，能不能治？严不严重？”，我说：“你怎么这么肯定就是癌？这个检查只是怀疑而已，是不是真的是癌症还不一定呢，光凭这个报告单还不能确诊，既然没有确诊，何来能不能治、严不严重的问题？要进一步检查才行。”病人一听，急了，要么是嫌我医术太差（报告单上不是白纸黑字写着癌字吗？怎么还说没确诊？这医生水平也太次了！），要么可能是嫌进一步检查太麻烦或觉得没必要，甚至认为我是为了赚他的检查费，反正最后是拍拍屁股走了。

走了之后呢？他可没有闲着，回到家找郎中，或打听到的，或听人介绍的，或郎中主动送上门的，反正最后开了些不知什么道道的神药或偏方秘方，甚或是一些乱七八糟的其他东西，比如各种少见的难得的所谓补物，特点是“贵”、“稀有”。

后来的结果是：病人没死，活得好好的。

这下不得了，由此他们得出结论：吃某某药、用某某方子或吃某某补品治好了他的癌症，这东西真是效果好，可以治好癌症，于是一传十、十传百，越传越神，越传越离谱。于是，其他真得了癌症的人也跟着效仿，害人不浅。

其实，我前面说了，他这个所谓的“癌症”根本没有确诊，可能根本就不是癌症。如果有人怀疑他这个癌症的诊断，他会说，是正规大医院医生诊断的啊，白纸黑字写着清清楚楚，怎么会有错？其实，医院什么时候诊断了是癌症？只是一个CT、B超或磁共振检查之类的影像报告初步怀疑肿瘤可能，甚至只是不能完全排除肿瘤可能，仅仅因为影像诊断报告中有“肿瘤”或“癌”字眼，完全无视其他修饰词，就下结论是得了癌症？谁下的诊断？根本就没有最后确诊，如果进一步检查，也许压根儿就不是癌症，或者有的肿瘤本就可以不干预而存活很多年，比如某些惰性淋巴瘤。

得了癌症吃些什么偏方秘方或稀奇古怪的补药补品就好了的或者不治就好了，除了前面说到的暂时心理安慰起作用，估计有不少人是属于这种癌症根本没有最终确诊的情况。说是到医院诊断了癌症，其实可能根本没好好全面检查并诊断，只是凭一两个检查报告单，或断章取义理解医生的话就自行下结论得了癌症，然后就开始所谓的治疗。癌症的诊断可不是仅凭一张CT或B超或磁共振之类的影像报告单就能诊断的。

甚至还有一种可能，有些人连基本概念都没弄清楚，把肿瘤等同癌症，以



为长了肿瘤就是得了癌症，很多所谓的神医大师也是这个认识水平。其实，肿瘤有良性和恶性之分，良性肿瘤多数没有什么危害，有的只要手术切掉就好，有的根本不用管它，观察定期随访就行。可有的人不知道这一点，一听得了肿瘤，以为就肯定是得了癌症，吓得半死，但他不找专业的医生咨询了解，想当然就认为是得了癌症，或者被别有用心心的所谓江湖郎中或神医大师所误导。于是，开始吃某种“神药”或“贵重的补物”，最后的结果当然是他没有死，他活得好好的，于是到处说，吃这个“神药”或“补物”让他活下来了，这药真神啊。

社会上盛传着各种吃某些偏方秘方或稀有补物就好了的所谓癌症治愈案例，很多其实是别有用心的人瞎编的。病房里经常有人偷偷摸摸发一些卖神药或卖补品的所谓“书”或“报纸”、“杂志”，里面全是瞎编的治愈癌症的案例，这些“书”或“报纸”、“杂志”本身就是假的，是骗子自己印刷装订的，想怎么写都行。多数人没有专业知识，或者因为病急乱投医，被蒙了眼，难辨真相。所以，遇到这种情况，切记不要相信。

病急乱投医，是多数人都有的心理，而“神医”骗子们正是利用了人的这种心理。其实简单几招就能辨识出江湖“神医”或“大师”，以下几种情况要警惕：1. 主动送上门、过于热心的；2. 假装不在乎钱的，老套的欲擒故纵手法；3. 所谓隐藏在民间的大师，真正的大师不会藏在民间，好的东西应该正大光明拿出来造福大众，而不是躲躲藏藏，否则多半是别有用心；4. 到处张贴小广告，到病房分发“报纸”、“杂志”、“书”，这些报纸杂志和书籍无一例外都是没有书号和刊号的假报纸假杂志假书，而里面的内容无一例外都是要推销他们的药或补品，疗效肯定好，副作用肯定小甚至没有副作用，里面的案例故事有病人姓名、照片、地址，弄得有模有样，搞得跟真的似的；有的还会弄些“XX协会或学会”或XX政府卫生部门，甚至放上权威肿瘤专家的照片，这些照片倒可能是真的，也可能确有其人，但却是盗用的照片；5. 极力把正规医院的治疗说得一无是处；6. 包给你治好，包治百病。

其实，仔细想一想，骗子的手段真的一点都不高明，非常好识别，最关键是要抛弃病急乱投医的心理，保持基本的理性，提高警惕。

神医大师送上门，灵丹妙药治百病，伤口撒盐式的痛，当警惕！



5

与癌共舞，寻找平衡支点

在人生的道路上，当你的希望一个个落空的时候，你也要坚定，要沉着。

——朗费罗

癌症到底是怎样的一种存在？是寄希望于将其“赶尽杀绝”，还是与之“和平共处”？前者也许只是一种理想的追求而已，后者可能才是必须正视的现实。

（一）

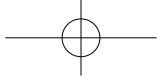
周丽（化名）是跟随我治疗多年的一个病人，她得的是晚期乳腺癌，从一开始就是晚期，没有手术机会，也就意味着没有治愈的机会。50多岁即将要退休安享闲暇时光，却被查出罹患癌症，确实是人生的不幸。

但人生的所谓幸与不幸，永远是相对的。她是不幸的，也是幸运的，她得的是乳腺癌，乳腺癌是治疗效果比较好的癌种，从2008年初确诊乳腺癌晚期至今，8年多了，现在的周丽仍在带瘤活得好好的。很多人会认为是奇迹，似乎只是偶然，但其实偶然中也有必然。

2008年元旦刚过，从普外科转过来一个叫周丽的乳腺癌病人。这是个中年女性，体型偏胖，由老公陪着，一看就知道夫妻关系不错，至少从一些细节可以看出她老公对她呵护有加。她是在一次洗澡时无意中摸到右侧乳房有个硬硬的包块。第二天到外科就诊，外科医生一检查，怀疑乳腺癌可能，然后安排钼靶和彩超等检查，接着是活检，最后活检病理证实是右乳浸润性导管癌，这是最常见的乳腺癌类型。

乳腺癌最主要的治疗手段当然是手术，但进一步的术前检查结果提示，周丽已经骨转移了，自然无法手术，只能转肿瘤科进一步治疗。

骨转移属于远处转移，表示癌症已经晚期。有的人可能会问，为什么不能手术？手术不能切掉乳房吗？手术当然可以切掉乳房，体表肿瘤，也不用开胸



剖肚，太简单的一件事，前面反复说过，问题的关键不是手术能不能切掉这个长有癌症的乳房，而是有没有必要手术。已经远处转移的晚期癌症，即便手术本身能够做下来，通常情况下也不能做，因为做了可能毫无意义，不仅没有意义，反而可能会加速病情的发展。当然现在开始有一种新的观点，认为即便是晚期乳腺癌，切除原发灶有些情况下可能对病人也有益，但仍有争议，并没有达成共识，而且这种切除通常也并非根治性的。

周丽的癌症已经骨转移，这种远处器官组织的转移，是通过血液途径转移过去的，也就是说癌细胞已经进入血液，即便你切掉了乳腺原发病灶，不等于把癌症完全切掉了。对这一点，周丽是非常清楚的，她没有像有的病人那样，失去理性一味要求手术，甚至消极放弃治疗，而是选择平静接受现实，配合治疗。手术之外，乳腺癌的治疗手段还有很多。

转来肿瘤科后，我们继续进行之前没有完成的检查。有的人可能会有疑惑，不是已经确诊晚期癌症了，为什么还要检查？当然要，因为我们在治疗前要了解，除了乳腺这个原发病灶以及发现的骨转移病灶，还有没有其他地方的转移病灶。有人可能又会问，都已经晚期了，其他地方有转移了又能怎样？首先这个时候的检查，主要不是为了改变总的治疗决策和方案，更重要的是为了留下基线检查数据，以方便以后对比，评价疗效，不然的话，治疗后病灶是增大还是缩小都是一笔糊涂账，又或者如果后面检查发现肺部有病灶，由于治疗前没有做全面检查，你就不知道是治疗前就已经存在的还是后来新出现的，如此一来，你无法判断治疗方案是有效还是无效，这样就会严重影响方案的调整和进一步抉择。而且，即便同样是晚期乳腺癌，单纯的骨转移与同时合并有脑转移、肝转移、肺转移等内脏转移，治疗的药物选择侧重以及优先次序还是会有所不同。所以一定要重视治疗前的全面检查，不要为了图一时的省事，急着开始治疗，否则会为将来的治疗决策留下隐忧，带来更大的麻烦，现在省事，将来会更不省事。

看病，不要耍小聪明，不要图省事。周丽有一个明显的优点就是她尊重医生的抉择，信任医生，尽管也会提出自己的疑惑，但在医生解释之后能很快理解，这其实为她省了不少事，也少了她很多的烦恼。很多病人的烦恼其实是自己找的，本来简单的事偏要弄得很复杂，不该急的她急得跟什么似的，到了需要她抉择的时候又一直纠结，白耽误时间。



周丽的活检病理报告除了明确诊断她是右乳浸润性导管癌，还提供了更多的关键信息，比如她是激素受体阳性的乳腺癌（ER阳性和/或PR阳性），这是对预后有利的一面，Her-2也是阳性，这个又是对预后不好的一面，但如果能用上抗Her-2的靶向药物，一定程度上可以抵消这种不利预后。总体上，周丽尽管得的是乳腺癌晚期，但她这个乳腺癌的生物学特性属于相对比较好一些的，至少不是最差的类型。所以，她能够有今天这样的治癌成果，跟她这个乳腺癌本身的生物学特性也有一定关系，这也是她运气好的一面。

你不得不承认，生活中永远存在运气，幸运不会总在一个人的身上发生，而不幸也不会总找一个人。得癌症，是不幸，癌症已经晚期，是不幸中的不幸，但得的是乳腺癌，又是不幸中的万幸，因为在同样的分期下，它比肝癌、肺癌、胰腺癌等癌症要好一些，而更庆幸的是她的乳腺癌又是其中相对较好的类型，而且可用的治疗药物也相对较多。

生活处处有不幸，我们要学会从不幸中找幸运，不抱怨，黑暗中也能见到光明。

我记不太清八年前肿瘤界对她这种情况的主流治疗选择是什么，隐约记得当时在国内，晚期乳腺癌初治多数人还是首选化疗，不管激素受体是阳性还是阴性，即便是激素受体阳性也是先化疗，而后才考虑内分泌治疗，也就是把内分泌治疗留在后面用。而不是像现在非常重视分型施治，对激素受体阳性的病人，内分泌治疗被提到非常重要的优先位置，对没有内脏危象的病人，主流的选择是首选内分泌治疗，直至连续三个内分泌治疗方案后无获益或者出现内脏危象（有症状的内脏转移或肿瘤快速进展）才考虑化疗。就周丽而言，当时结合她自己个人和家属的意愿，她自己对疾病还是看得比较开的，行事利索果断，所以她没有像多数人那样对口服药不放心，迷信化疗，而是信任医生，和医生共同商量一起抉择，最终选择了初治首选口服内分泌药物治疗。因为有骨转移，同时加用双膦酸盐治疗。但由于一些特殊情况，主要还是经济方面的因素，当时也还没有曲妥珠单抗慈善赠药援助政策，全程自费对经济条件的要求还是很高的，所以周丽没有使用靶向药物。没有一开始就使用靶向药物，这当然也是一种遗憾，但这种遗憾后来弥补上了，这个后面会说到。这种治疗选择放在八年前的中国大陆，无论是对医生还是对病人自己，多少也算有些挑战，



需要医患之间充分的信任和配合。即便是现在，不要说病人，有的医生都仍可能对一线首选内分泌治疗感觉不放心，总觉得要先化疗才踏实，把内分泌药物放在之后。

中国的人文环境，要么有的人一旦获知是晚期癌症，就选择放弃，在家等死，要么就是过度迷信手术或化疗。不手术或者不化疗，怎么能算治癌症？怎么能放心？有问题谁负责啊？病人或家属一旦有这种想法，医生可能就不敢去担这个责，有时就会顺从病人或家属的意思，毕竟先用化疗还是先用内分泌治疗都是可以的，没有原则性的哪个对哪个错，只是治疗的更优化和细化问题。

根据最新的美国NCCN癌症治疗指南，晚期乳腺癌如果ER和/或PR阳性，不管HER2是阴性还是阳性，初始治疗手段都优先推荐采用内分泌治疗，如果有内脏危象（比如有明显症状的内脏转移或肿瘤发展迅速）才考虑初始采用化疗。

所以，现在想来，周丽当时仅有骨转移，没有内脏危象，没有明显的症状，初始治疗选择内分泌治疗是非常理智的，至少对她来说是比较适合的选择。对无法治愈的晚期癌症来说，治疗的主要目的是为了延长生命，但同时不降低病人的生活质量，这两者要兼顾。所以治疗不必过度激进，急着把所有治疗都用上，急着看眼前的效果，急着想要将癌症彻底除根，愿望尽管是好的，但事实上多数晚期癌症想要除根基本是不太可能的，我们能做的是控制它，同时要保存身体的免疫力，细水长流。

对晚期癌症来说，有时初始治疗可能会明显影响以后的治疗选择，比如有的人急着想要将癌症除根，其治疗的理念必然是强攻猛打，结果是病人身体吃不消了，对癌症治疗也失去了信心，对化疗恐惧了，很多人就此放弃了治疗。晚期癌症多数情况其实应该要有慢病管理的理念，不要急，慢慢来，跟癌症打持久战，它进，就打它，它不进，我们也好好进行休整，不做无谓的消耗，保存实力保存体力，留得青山在，不怕没柴烧。

（二）

周丽的内分泌治疗效果显著，肿瘤缩小明显，加上内分泌治疗毒副反应也并不大，以较为轻松的付出获得较为明显的成绩，这给了她非常大的鼓舞和信



心，也进一步增加了她对医生的信任，而医生也就更能大胆为她进行个体化的治疗安排，这就是良性的医患互信和互动。

治癌就像打仗，共同的敌人是癌症，医患本应该互信，一致抗敌，可惜的是，由于医患没有互信，没有配合，导致某些本来预后比较好的癌症，由于治疗安排没有最优化，最终却没有取得好的效果。这就像有的人天资聪明，但由于老师不给力，加上他自己也瞎折腾，最终考试成绩却并不理想。相反，有的癌症本身确实预后不好，但如果医疗安排恰当，医患配合得好，最终却可能取得超出我们预期的生存时间。

周丽是我遇到的“好”病人之一，我这里说的“好”当然不是指她对医生有多好，比如某些人认为的所谓请客送礼，而是指她对医生的信任，对医生的尊重，配合医生却也并不一味地迷信医生，有自己一些想法，但不固执。医生多数不喜欢固执己见听不进别人意见的病人，特别是对医生满脸不信任的病人。真是奇了怪，既然不信任我，为什么还要找我？换一个医生不好吗？除了这类病人，医生其实也并不喜欢那种一味愚从医生的病人，完全没有自己的哪怕一丝想法，没有一点反对意见也是可怕的，表面的遵从可能为以后的爆发埋下隐患。

周丽从治疗开始，一直跟随我们这个团队，她的“好”也成就了我们团队的“好”，以“好”换“好”，以诚换诚，良性的互动，最终受益的是她自己，当然，医生也收获了成就感，收获了骄傲和幸福感。

后来周丽的一线内分泌治疗失败，这是迟早会发生的事，并不奇怪，只是时间早晚的问题，所有的药物到最后都面临耐药和失效的问题，如果这个问题解决了，癌症就差不多攻克了。我们要做的就是将这个“有效”持续更长时间。一线内分泌治疗失败，然后是换一种药进行二线内分泌治疗，又控制了较长时间，要知道，由于内分泌药物相对较为“温和”，她并没有牺牲太多的生活质量，这才是关键。

前面说了，再有效的药物也会有失效的一天，很多人其实也明白这一点，这就像，再长寿的人也终有一死，只是很多人刻意否定这一事实罢了，自欺欺人，或者说不肯接受现实。周丽在这方面堪称典范，基本上不用医生过多的解释，她非常明白这一点，似乎早在心里做了全局的安排和准备，一切似乎在她的掌握之中，从她的身上我也学到了很多很多。有的人只为胜利而庆祝，完全



不能接受失败，就像古代的皇帝不接受会死的现实，于是千方百计要弄什么长生不老秘方，其结果可想而知。人终有一死，我们每个人都无法改变，不接受也得接受，我们要做的就是如何将这有限的生命活得少痛苦、有质量、有尊严。

对晚期癌症来说，任何一种治疗药物或手段，都只能有限地控制肿瘤，有效也只是暂时的，差别只在于缓解时间或控制时间的长短，我们的目的是让控制时间尽可能长一些，这就是胜利，而不是不切实际寄希望于肿瘤就此永远不再长，就像我们每个人，我们注重保健，养好身体，是为了让自己活得更健康，活得更长久一点，但肯定不可能长生不老永不离逝，这是一样的道理，相信大家明白。可一得病，很多人就忘了这一点，就变得不切实际，对医生有着过高的期望，很多医患矛盾和冲突也是由此而来。

（三）

周丽的内分泌治疗相续失败之后，后来出现了肝转移，开始走化疗的路。即便是化疗，也有多样的选择，选择什么方案？什么药物？是单药还是联合？如何安排？等等。如果只是着眼于眼前，联合化疗（也就是联合使用两种或以上的化疗药）可能会起到更高的有效率，也就是说，肿瘤近期可能会缩小更明显一些，但联合化疗副作用会大一些，它可能会带来生活质量的下降，对最终的生存期（也就是能活多少时间）却不见得有明显延长。而如果采用单药序贯的方法，也就是一种药一种药来用，先用一种药，失败了，换另一种药，细水长流，慢慢来，不求把肿瘤消灭，甚至不求把肿瘤明显缩小，目的是稳住肿瘤，只要其不发展，或者发展慢。当然能够缩小自然更好，但肿瘤缩小不是我们追求的唯一目标，我们的目的是在尽可能保证生活质量的基础上延长生存期，即便体内持续存在肿瘤（带瘤生存），这也正是慢病管理的理念，希望医生能懂得，也希望病人能理解并懂得。

当然，如果病人有明显的症状需要控制，我们需要以最短的时间拴住癌症进展的速度，此时，也不能一味强调单药序贯，而应该果断联合化疗，争取尽快控制肿瘤的发展，当然还得结合病人的身体状况，这正是治疗的个体化，要具体情况具体分析对待。



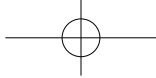
另外，具体到不同的癌症、不同的病人身上，不是都按照同样的选择，同样需要具体情况具体分析，所以更需要病人去配合医生、充分信任医生，和医生一起共同商议才能找到最适合自己的最佳策略。治疗不是生搬硬套，不是照本宣科，“具体病情具体对待”始终不能忘，每个人的情况都是不一样的，想要求得最好的结果，医患信任和配合非常重要。但所谓的最好的结果，也是相对的，而且这其中也有风险和未知数，医患应该共同去面对去承担，而不是出现不好的结果就责怪医生。

周丽这八年多来也不是一直在治疗，有治疗也有休息期。一种化疗药或方案使用到一定疗程和一定时间后，肿瘤缩小到一定程度不再缩小，保持稳定，我们并不一直化疗下去，将化疗停下来，休整身体，该去玩去玩，当然不要太劳累，要注意呵护免疫力。肿瘤当然不会就此善罢甘休永远不再长，没关系，等到哪一天它又开始作怪长大，我们继续开始修理它，再来换一种药或方案化疗，或者如果离上一次化疗时间很长，超过半年甚至于一年以上，还可以考虑继续用原来用过的药或方案，武器有限，留着慢慢用，细水长流。如此，一直跟肿瘤周旋，打持久战，有战斗，也有休整，你不犯我，我也不主动出击，你若犯我，我必打击，治癌也要有点“心机”。真正情商高的人是懂得如何与人共处，哪怕是你讨厌的人，而不是非要将人家置于死地。要知道，癌细胞可不是省油的灯，到时极有可能是鱼死网破，同归于尽，这是你想要的结果吗？和平共处其实挺好的。

后来由于她儿子参加工作，家庭经济压力减小了，加上有了慈善援助赠药的政策，周丽还用上了抗Her-2的靶向药物，包括先后用过曲妥珠单抗、拉帕替尼等。当然，后面的治疗难度确实越来越大，毕竟药物再多也终究不是无止境的，但总体上目前还在可控范围，是适度治疗与带瘤生存较为成功的范例。

（四）

对于某些癌症来说，比如白血病或某些淋巴瘤，通过化疗或免疫化疗等治疗有可能根治，也就是我们对消灭它有较大的把握，我们不妨采取重拳出击，哪怕冒着较大的风险，也是值得的，置之死地也许可能后生。但对于多数实体肿瘤晚期来说，有时不妨走一走中庸之道，不必非要赶尽杀绝，可以去寻求治



癌的平衡点，适度治疗，实现带瘤生存。

关于癌症的治疗，在普通老百姓当中，流行两个极端观点，一个极端是，认为癌症是治不好的，治了死得更快，所以只要得了癌症，就抓紧时间吃点好的，在家里等死；另一个极端则是，认为治疗癌症就是要想方设法把癌症弄掉，只要能切掉，不管是不是有转移也想尽办法把所有可见的瘤子切掉；化疗也是要将癌症全部消灭掉，不管代价有多大。这后一种观点其实不只是在普通老百姓中存在，在某些医生中也有一定的市场。正所谓“一把手术刀打天下”、“生命不息，化疗不止”。

什么是对待癌症治疗正确的观点呢？当然是要具体情况具体分析，不要听信谣言，要保持理性，不走极端。不是所有癌症都能一刀切掉，即便医生有那个本事可以把癌症切掉。有的癌症不是技术上切不掉，而是不能去切，晚期癌症即便医生有那个能力将癌症切掉，也是白切，既给病人带来手术的创伤和后遗症，而且更重要的，会加速癌症的扩散，直白一点说，该做的手术冒风险也要去做，不该做的手术即便医生能做下来，也不要硬逼着去做，那样癌症会扩散得更快。晚期癌症以化疗为主，但也不是无休止的。我们当然要追求疗效的最大化，但其实多数晚期癌症做不到将癌症完全消灭掉，这个时候如果再将化疗进行到底，对身体的伤害会大于化疗带来的微小获益，得不偿失，化疗要做，但要适可而止，要视具体情况而定，甚至在某些时候，不治疗就是最好的治疗。

癌症治疗既要积极，又要适度，也就是要适度治疗。

得了癌症，选择逃避治疗的人毕竟是少数；不管三七二十一所有癌症一刀切的做法也很少见。我们需要警惕的是第三种做法，因为无论是普通老百姓还是医务人员，都可能会在不知不觉间抱有将癌症赶尽杀绝的想法，至少在潜意识里可能会存在这种念头，有坏人当然要消灭掉。其实，治癌就像是跟敌人打仗，当然要尽可能将鬼子消灭掉，这也是打仗的终极目标。但愿望归愿望，出发点是好的，是否一定能将所有鬼子赶尽杀绝，得看具体情况。

当我们既有身体条件，又有经济条件，而且治疗效果持续有效，我们当然要尽可能追求疗效的最大化，最好是能将癌症全部消灭掉（事实上这里说的消灭掉，也只是指在CT等影像学检查中没有可见的癌症病灶罢了，并非真正的完全消灭，体内其实仍可能存在大量的癌细胞）。还是拿打仗来打比方，你有



很好的身体，可以持续作战，后勤也能有很好的保障，而且能一直打胜仗，当然不要停下来，要乘胜追击尽可能把鬼子全部消掉灭。但如果治疗到一定阶段，不可避免身体会越来越差，可能对化疗的耐受越来越差，或者即便身体还能耐受治疗，但治疗效果在达到一定程度后没有持续的癌症病灶缩小，达到一个平台期，继续治疗下去，根本见不到疗效，见到的只是毒副作用，这个时候再继续治疗下去，有害无益，就该考虑停下来歇一歇。

其实对于不能治愈的晚期癌症来说，我们追求的目标是尽可能延长生命、改善生活质量。癌症是慢性病，治疗要适度，不可过度，过犹不及，治癌也要劳逸结合，要看得长远一些。对于癌症患者来说，要有带瘤生存的观念。

什么是带瘤生存？其实从字面上就可以很好地理解，带瘤生存也就是身体里带着肿瘤持续生存下去，你做CT等检查可以发现癌症病灶仍存在你的身体里，但它尚在控制中，暂时不会作怪，那不妨就这样带着瘤子生存着。你不能消灭它，它暂时也不能把你怎么着，癌症不能治愈，但它可以控制，其实高血压、糖尿病等慢性病也是不能治愈的，某种程度上也可以说是一种不治之症，但只要管理得好，根本不会影响到你继续生存下去。所以大家要有“癌症是慢性可控性疾病”的观念，要有“带瘤生存”的观念。

治疗不能有勇无谋，这跟打仗是一样的道理，要讲究谋略，要讲究技巧，光有蛮劲是不行的。在不能做到将癌症全部消灭时，要学会收缩防线，不要硬上前线，只要鬼子不来进攻，咱就也休息休息，为将来继续战斗做准备。可以借用毛主席的战争观点“论持久战”。抗癌是一场持久战，适时进攻，适时退防，在战略相持阶段，要学会保存实力，不要枉费精力，不然等鬼子再次来犯的时候，你只能干着急，只有认输的份儿。



6

生命不能承受之痛

像那闪烁的微光，希望把我人生的道路照亮；夜色愈浓，它愈放射出耀眼的光芒。

——哥尔斯密

(一)

从医生涯碰到的第一个癌症病人，也是第一个癌痛病人，刻骨铭心！终生难忘！

记得那年的一个冬夜，我实习跟夜班，接班时，天空开始飘起零星的雪花。

江南的冬天，没有暖气，有着让人无法忍受的湿冷。早早地，带教老师就钻进了值班室温暖的被窝，留下我这个实习生独守寒冷的雪夜。

病房死寂般安静，静得可怕。突然，病房的尽头传来了撕心裂肺的喊叫声，似乎伴随着床板晃动的声音，打破了这死寂，空气中着瞬间弥漫着紧张且让人心生恐惧的气氛。

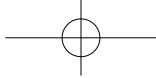
初出茅庐的我，吓出一身冷汗，各种不祥的预感在脑中快速闪现：不好了，病人出事了！

我循声以最快的速度冲到发出喊叫声的病房，敲门，家属满脸歉意的开门，还未等我开口，家属抢先了一步：“真不好意思，打扰到医生的休息了。”

我一看，病人正在病床上翻滚，抓被，捶床，痛苦得脸都扭曲了，整个房间似乎都在晃动，天和地也似乎在晃动，这是一种怎样的痛？！我瞬间感觉无地自容，该不好意思的应该是我们，是医生，该道歉的也应该是我们。

我慌神了，完全不知道如何处理，说：“您稍等，我去叫老师。”语气完全是颤抖的。

家属一把拉住我，“不用麻烦了，无非也是打止痛针。你是新来的医生吧？我老婆住院有一段时间了，每天都要这样发作好几次，打止痛针也只能稍稍缓解一下，医生说止痛针打多了会上瘾，就像吸毒。既然这样，能忍就尽量



忍一忍。”

我惊呆了：“这样会痛死的，不行，我得去叫老师来看一下。”

挣脱了他的手，蹬蹬蹬，我快步跑到值班室，叫醒了带教老师。看我一脸的慌乱和紧张，老师赶紧穿衣起床，当他问明白是怎么回事的时候，长舒了口气，“唉，那个病人啊，基本每天都要这样好几次，我们都习惯了。她是胃癌晚期，全身广泛转移了，都到这个阶段了，能有什么办法？睡吧。”

我一看老师要睡下，急了：“可是病人这样痛，要止一下痛才行，不然会痛死的！”泪水已经打湿了我整张脸。

“实在不行只能给她打支杜冷丁，但终究是不管用的，只能稍稍缓解一下，打得多了，我们也担心副作用，病人和家属也担心会上瘾，能不打就尽量不打，病人和家属接受，愿意忍着，唯一的要求就是最后能在医院走。小潘，你第一次接触这种病人，以后看多了就习惯了。早点去休息吧，他们不会来叫的。”

“看多了就习惯了”，初次接触临床的我，此时是一脸的疑惑和茫然，完全无法理解，我以后真的也会变得这样面对病人的钻心之痛而“看多了就习惯了”吗？难道这就是大家眼中的医生所谓的“麻木”？这种“麻木”或许是源于医学本身的局限和无奈吧？

现在想来，当时的医疗条件也确实有限，除了杜冷丁，医院似乎找不到更有效的止痛药，但其实又未必，更主要的可能是当时关于癌痛处理的落后观念，除了少数肿瘤专科医院，恐怕多数综合医院的医护人员压根没有关于癌痛处理的基本概念，那时的吗啡消耗量也是低得惊人，甚至有的医院根本就不备吗啡，除了打杜冷丁，就只能让病人痛着，忍着。

我终究还是忍不住再去病房看看，但当我再次返回时，那间病房的门已经关上了，透过门上的玻璃小窗，我看到家属正抱紧病人，眼睁睁看着妻子撕心裂肺的痛，却又无能为力，那将是怎样的一种心理折磨。而我，作为一个实习医生，有心却无力，泪水又一次夺眶而出，我悄悄退回了医生办公室。

那夜，我彻底失眠了，在床上翻来覆去。隐约间，病房的那一头仍会间断传来呻吟声，或隐或现，或高或低，我想那是病人在努力克制因疼痛而不由自主发出的声音，那是一种让人窒息的痛，如何能承受？我无法想象！黑暗中，泪水再一次湿润了我的眼眶。



窗外，雪越下越大，白茫茫一片，封了大地，也掩饰了这世界的丑陋与不堪，但它却抚平不了人间的病痛。

（二）

两年后，发生在农村老家堂伯身上的事，再次让我刻骨铭心，让初入医门的我再次经历什么是心酸、什么是无奈、什么是“让人无法呼吸的痛”。

大学毕业，经过选拔，我留在了省城一家三甲医院，当了一名临床医生。省城离老家农村并不算太远，但那时交通不便，一年也难得回一次家，通讯主要靠信件，还有BB机（一种传呼机），腰间别个BB机，是那时的流行风尚，而手机还只是少数人的奢侈品。

一天，腰间的BB机响了，找个公共电话回过去，是堂兄找我。

堂伯病了，得了大病，在县城医院查出胃癌，而且已经全身扩散，晚期了，没啥好办法，医生让回家“想吃什么吃什么”，这是“回家等死”的潜台词。但伯母和堂兄都不甘心，问我还有没有什么办法。

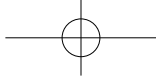
初入医门，还在住院医生通科轮转阶段，连专业方向都没有最后定下来，对肿瘤更是没有太多的认识。我下意识地问：“能带伯父来省城吗？我联系好医生和床位。”

其实我也只是习惯性地随便问问，对于穷乡僻壤的农民，来省城是一种奢侈，交通、住宿、金钱，一切都是不现实的，那时的农村还很穷，全身广泛转移的晚期癌症病人，除了等死，似乎没有更好的选择。

堂兄的回答完全在我的意料之中，他说：“老家的情况你也不是不知道，怎么可能去省城？尽管你在省城上班，可以帮上忙，但也还是不现实。何况，你也知道，癌症晚期了，医生说了，没有几天的活头。只是你伯母不甘心，我也不甘心，所以抱着一线希望问问，也许省城有什么好药可以吃一吃延长一下寿命。”

我说：“既然如此，我打听打听，如果有什么消息到时联系你。”

打听的结果，当然没有什么特效药。那个时候，口服的化疗药，比如卡培他滨或替吉奥好像都还没有上市，更不要说什么口服的靶向药阿帕替尼之类的，就算有，也用不起。



两个月后，在和父亲的一次通话中得知堂伯已经过世。

过年回老家，走亲访友聊天中，零碎地知道了关于堂伯的一些细节。堂伯的最后一个多月每天都在疼痛之中度过，痛得剧烈的时候，在床上翻滚，用头撞床撞门，撕心裂肺地喊叫，深夜疼痛发作时，200多户的村子全村都能听到。后来他神志变得混乱，大小便失禁，疯子般赤身裸体每日在房间打滚，从床上滚到地下，又从地下爬到床上。这是怎样的一种痛！我无法想象，感性的我又一次不知不觉湿了眼眶。身为医者，却未能帮上任何忙，哪怕帮他减轻一点点的疼痛。堂伯，也许是痛死的！

癌症疼痛，无情地撕去了生命的最后一丝尊严。

（三）

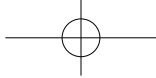
我们常常说癌症慢病管理，带瘤生存，其中的一个重要方面，其实就是要尽最大可能保证病人的基本生活质量，没有生活质量的带瘤生存是没有意义的，而所谓的生活质量，至少要消除或减轻病人的痛苦，比如重视处理病人出现的一些不舒服症状，其中当然包括癌性疼痛的及时规范化处理。

可惜的是，现状让人很不满意，中国癌症患者的癌性疼痛控制真的非常不理想，不要说以前，即便是现在，很多癌症病人仍在忍受疼痛、活在痛苦中，直到临终前还在受到疼痛的折磨，毫无尊严可言。

根据对癌症病人的调查，大部分的癌症病人到最后最感到恐惧的其实不是死亡而是疼痛，疼痛会让人生不如死，让人活得没有尊严。很多医生往往只重视癌症本身的治疗，而对癌痛的控制不够重视，甚至无视；另一方面，患者和家属对疼痛的治疗更是存在认识误区，认为疼痛时就应该表现得坚强，要忍受，“叫痛”被认为是不坚强，忍受疼痛才应该鼓励。

这真是天大的误区！为什么要忍受疼痛？真是奇怪！疼痛让人失去自尊，疼痛让人感到绝望，变得暴躁，从而使病情更进一步恶化，忍受疼痛根本不值得鼓励，也完全没有必要。要知道，以现有的医疗手段，可以做到有效地控制癌症疼痛，至少可以减轻疼痛。

无论是医生还是家属，都应该要积极鼓励癌症病人将疼痛说出来，告诉他们，有了疼痛，不要去忍受，然后积极进行癌痛的治疗控制。癌痛的控制，一



方面可以让病人增强对治疗的信心，另一方面可以提高病人的生活质量，更重要的是，控制疼痛是对晚期癌症病人最基本的一种尊重，也是他们的基本人权，可以让他们在生命的旅程中保持最后的尊严。

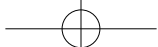
癌痛治疗已经有一整套的规范可供遵循，只要找到正规的肿瘤专科或疼痛专科的医生或相关专科的医生，只要按照癌痛处理规范进行专业的癌痛治疗，除了少数顽固性疼痛，多数癌痛的控制效果是很理想的，临床实践经验表明，规范的治疗可使90%以上的癌性疼痛明显缓解，重在行动起来，最关键的是先要改变观念。

我这里不打算详细谈控制疼痛的具体操作流程和药物使用，因为那已经有一整套的规范和治疗指南，只要在专科医生的指导下进行就可以做到。以下重点谈谈有关癌症疼痛的一些误区和落后的过时观念，这才是真正阻碍癌痛控制的障碍和阻力。想要达到理想的镇痛，首先要认识这些误区并走出误区。

最常见的一个误区就是，很多人认为只有当疼痛剧烈时才有必要使用止痛药。其实，不管是轻中度疼痛还是重度疼痛，都没有必要去忍受，有痛就要说出来，不要等到痛到无法忍受时才开始止痛。疼痛长期得不到控制的患者，容易出现焦虑，寝食难安，影响患者的生存质量，由此进一步导致消瘦、衰竭，免疫力下降，使患者不能耐受抗肿瘤治疗，加重癌症病情。控制疼痛要及时、要尽早。

有的人认为止痛治疗只要能使病人的疼痛得到部分缓解即可，事实上，疼痛应该得到全面的控制，不要有保留，本来可以活得更好更有质量，为什么要“留一手”？要尽最大可能让癌痛病人无痛地生活，包括无痛睡眠、无痛休息、无痛活动，如果难以做到完全无痛，至少要减轻疼痛。

还有一个误区就是关于杜冷丁（盐酸哌替啶）的。即便是现在，还有医生在给慢性癌痛病人频繁地打杜冷丁，不管什么疼痛先打上杜冷丁再说。杜冷丁是一种合成的阿片类止痛药，尽管作用机制与吗啡相似，但其镇痛作用比吗啡差，作用维持时间短，仅持续约3小时，需频繁给药，而且它的代谢产物半衰期长，长期使用容易在体内蓄积，反复注射杜冷丁会产生严重的毒性反应，因此，杜冷丁不宜用于慢性癌痛治疗，世界卫生组织早已将杜冷丁列为慢性癌症疼痛治疗不推荐的药物。



以吗啡为代表的阿片类药物是中重度癌性疼痛处理的首选药物，但有人认为吗啡是“毒品”，会成瘾，不敢用这类药，老百姓这样认为，很多非肿瘤科医生（甚至也可能有些肿瘤科医生）也这样认为。其实吗啡类止痛药治疗慢性癌症疼痛是安全有效的，癌痛多数是慢性疼痛，需要长期使用止痛药物，对于中、重度癌痛，吗啡类药物具有无可取代的地位。很多人（包括有的医生）认为不要一开始就使用吗啡类药物，说要留到最后用，担心用了吗啡到最后没药可用，这是彻头彻尾的误区，只要是中度以上的疼痛就可以开始使用吗啡类药物。

可就是有很多人，非要给阿片类药物扣上“毒品”的帽子，担心所谓的上瘾，因而不敢用吗啡类药物镇痛，特别是不敢加量，这正是导致癌痛病人痛不欲生的最大“祸根”，所以，改变现状先得从改变观念开始！

其实除了滴定阶段及处理爆发痛会用到即释吗啡，用于慢性癌痛的阿片类药物都是缓释的长效制剂，比如吗啡缓释片、羟考酮缓释片、芬太尼透皮贴剂等，极少发生成瘾，根本不用担心什么上瘾的问题，而且根据疼痛程度药量可一直往上加，不用顾虑，没有“封顶效应”，癌痛，请大胆止痛！当然，阿片类药物的使用及剂量调整要在专业医生指导下规范使用。

有人还会顾虑阿片类止痛药的其他副作用，其实这类药物安全性好，只要进行积极、正确的预防和处理，就可以减轻和避免副反应的发生。阿片类止痛药更适合长期使用，反而非阿片类抗炎镇痛药不适合长期和大量使用，副作用大，有剂量限制，不能一直加大药物剂量。

疼痛让人生不如死，让人没有尊严，不给癌痛病人充分止痛，是无知，也是没有人性，尽管你不是故意的。

改变观念，规范治疗，癌痛，可以控制，真的无需忍受！



7

谁在尘世温暖你

有时，去治愈；常常，去帮助；总是，去安慰。

——特鲁多

近几个星期来，他就像被卷进焦虑与恐惧交织的漩涡，想要跳出来，却总觉得有一股无形的强大力量把他紧紧缠住，越缠越紧……

他是某医院的眼科医生，39岁，年轻有为，正当年华。妻子是某公司主管，孩子将要参加中考。他是医生，当然忙，妻子是公司的核心人物，同样忙，孩子面临大考，课业繁重，也忙。一家三口，都忙。

月初他参加每年一次的单位例行体检，他拿到体检报告，一看癌胚抗原105u/L，当时就差点晕厥过去。作为医生，尽管不是肿瘤科医生，但多少还是懂一点，癌胚抗原105u/L，超出正常值的好些倍，他感到有一股不祥的东西在向他笼罩过来。

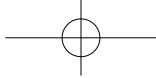
不，肯定搞错了，去年检查还正常呢，他在心里极力否认结果的准确性，但同时身为医生的他其实又非常明白搞错了的可能性其实并不大。他抱着侥幸的心理，再复查了一次癌胚抗原，结果出来，101u/L，他当然不会像普通老百姓那样“天真”地认为这是指标下降了，101与105之间，纯粹只是不同时间段的检验结果正常波动而已，就像同一个人上午与下午的体重不完全相等一样。

拿着报告单，他手在颤抖，感到一阵一阵的窒息，莫名的恐惧随之袭来，接着是焦虑，挥之不去。他来到了我的门诊。

“得住院全面检查。”我说，因为他也是医生，加上门诊时间所限，我没有做过多的解释。他同意了，但看得出，他的注意力高度不集中，言行举止中透露出的全是焦躁与不安。

“先检查再说吧，别太担心，也许情况并没有你想象的那样糟糕。”我意识到我应该多说几句，努力帮他把焦虑与恐惧减轻，尽管这种努力多半是徒劳的，很多东西是说起来容易做起来难，这种事搁谁头上，恐怕也难平静不焦躁。

住院后，我给他先预约了肠镜检查，因为这半年来，他的大便并不太正



常，便频，肛门总有坠胀感，有时大便还带血，他没有重视。同时我给他做了直肠指检，触及肿物，八九不离十，他极可能是直肠癌，但我没有跟他说，没有百分百的证据，不想给他本以负重的心再轻易压上一座山。

不出所料，肠镜结查报告，考虑直肠Ca（Ca是癌症英文单词cancer的缩写）这个已经可以基本明确诊断了，但癌症的诊断必须非常准确，癌症诊断的金标准是病理诊断，所以必须要等活检病理，才能真正下结论，否则只能说“可能是XX癌”。

他是医生，不好忽悠，自己要求看肠镜报告单，所有的为了避免恐慌的所谓“Ca”保护性替代词汇对他当然是不起作用的。从这一刻起，他由最初的焦虑不安，完完全全掉进了恐惧的漩涡，无法自拔。

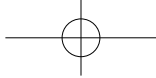
他整夜整夜地睡不着，翻来覆去；他整日整日地吃不下饭，毫无食欲。他变得敏感，易怒，稍不顺意就骂妻儿，摔家中之物，甚至有一次还打了妻子，而安静时又如一只受伤的可怜小鸟，他妻子在一次聊天中跟我说，他变得不可理喻。

我知道，他其实是因为心里不堪重负，他感到无助，他的心完全被焦虑和恐惧占据着，他在找宣泄的出口，愤怒不过是寻求平衡、进行心理自救的一种外在表现形式，身边最亲近的人自然而然就成了无辜被伤害的替罪羊。

两天后，肠镜活检病理报告出来了，意料之中，“直肠低分化腺癌”。进一步的分期检查，有局部的区域淋巴结转移，但没有远处转移，临床分期为III期，还有手术机会。不过，由于原发癌灶位置太低，属直肠下段癌，根治性手术估计保肛困难，也就是说，他极可能失去肛门，手术后将无法像之前一样正常排便，他将终生依靠挂在肚皮上的“人工肛”进行排便。

这对他的心理是一个新的打击和考验。他是医生，尽管不属于他专业范围的内容，尽管隔专业如隔山，但对此他还是多少有了解的，他知道根治性手术是怎么回事，也知道“人工肛”是怎么回事，他无法接受，他喜欢交朋结友社交应酬，他略带愤怒地说：“不行，做了手术，即便恢复了，肚皮上吊着个粪袋子，我无法接受。”他坚信一定有可以保留肛门的手术方法。

他办理了出院，要求到“更好”的医院去手术。我们当然要尊重他的选择，他有这个权利，而且到更上一级的医院诊治对他心理压力的缓解也有好处，否则他永远有心结，永远会不甘心。



我能理解他的悲伤，他的愤怒，能理解他寻找更好办法的做法。当手术要切除某个会严重影响外观形象或干扰正常生活的关键脏器组织时，比如女性乳腺的切除，比如男性阴茎的切除，比如喉切除，比如永久性人工肛手术，这些对病人的心理打击确实是超出一般人想象的。

他去了某知名大医院做手术，术前也按规范做了新辅助放化疗，但还是没能保住肛门，这不是医生的水平所能决定的，而是他的癌症本身特点使然，他不接受也得接受。

他这个分期，术后还必须继续进行辅助化疗，考虑到术后辅助化疗的时间长，主要的任务（手术）完成了，他选择回来做化疗。

回来时，他却并没有那种做完手术后的轻松表情，没有那种大病初愈后的如释重负，仍是一脸的焦虑，一脸的疲累，情绪抑郁，话变得越来越少。

如果说最初的焦虑与恐惧主要来自癌症本身，是由于害怕死亡，而现在的焦虑与疲累，我想主要可能是来自人工肛对他的打击，自卑伴随着他，他害怕被社交遗弃，他选择宅在家里封闭自己，但他的性格又并不适合宅，他之前并没有太多的工作之外的业余兴趣爱好，除了和朋友同事聚在一起喝酒玩乐侃大山，他没有静心读闲书听音乐的习惯爱好。他变得焦躁不安，他整日不开心，他当然会感到疲累。

肚皮上吊着粪袋子，对他的心理打击可能是毁灭性的，但他并没有主动寻求帮助，哪怕是在他妻子面前也是极力掩饰，也许这就是男人，压力放在心里，找不到宣泄的出口。

术后辅助化疗按计划进行着，他的焦虑和抑郁并没有任何的改观，他的妻子甚至还因此跟他吵过，说“自从你得这个病后，全家都乱了，为了你，倾尽所有的钱财和时间精力，保住了你的命，可你现在还是这个样子，到底想要怎样？”说着说着，就眼泪吧哒吧哒掉下来，作为他的妻子，确实承受了太多的辛酸和委屈。但她没有意识到真正的问题所在，没有意识到他的心病，这当然不能怪她，恐怕很多医生也不一定会关注到这个问题，心理干预一直是癌症治疗的空白地带，临床医生更多的只是关注治疗的客观疗效，肿瘤是否切除，病灶是否消失或缩小，至于病人的心理层面，无心，也无力做到，至少目前的现状是这样。



我注意到了这一点，所以，总是力所能及尽可能给他多一点的交流时间，对他进行心理疏导。由于上午一般事务繁多，有时下午到病房看他有没有在病房，想找机会单独跟他聊一聊，但他经常是上午查完房或点滴完，中午就跑回家了，不在病房。有时跟他妻子说，白天尽量留在病房，他妻子跟我说，他说过不想在医院多待一分钟。

他的化疗方案并不复杂，所以住几天院他就出院了，想找到跟他单独聊天的时间似乎并不容易。我问他妻子，他回到家一般做些什么，他妻子说，就是看电视玩手机，每天无所事事，从来不出去，只是待在家里，小区也不肯去，跟以前比，完全变了一个人。我提醒她要更细心一些，注意丈夫的心理动态，多一些夫妻交流，有机会夫妻一起到外面散步走一走，不能让他一直封闭着，一个人独自闷在家里容易出事。

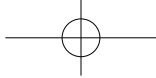
有一次住院化疗时，由于那天他来得比较晚，化疗开始得晚，点滴一直持续到下午，我巡视病房，看到只有他一个人在。妻子一边照护他，一边还得上班，也真是挺不容易。这会儿他妻子不在，估计又去上班了。他手里拿着本佛经书，看来他自己似乎也在进行“心理自救”，努力在寻找精神的寄托，这是好事。

由于下午本地病人多数回家了，有的外地病人由于没什么事，也到外面散步去了，这间病房只有他一个人，终于，我们可以好好聊一聊。那天是我自接触他以来，难得看到他脸上露出轻松的笑容。我们聊了很久，但毕竟我不是专业的心理医生，没有这方面的专业知识。我只是凭着我的专业知识、我的观察、我的细心，以及我一直以来对心理的关注，对他进行疏导，聊他的病，聊其他很多看似无关的话题。那天，我拖班了，但看到他轻松的表情，我觉得值得，希望我的努力不会白费。

但他的心理问题仅靠自我解压和我这种友情客串式的心理疏导并不能真正解决，再一次见到他的时候，一切依然如初，他仍是心事重重的样子，一脸的疲惫，一脸的无神，不愿说话，每次查房看到他，我总有一种不祥的预感。

我把他妻子叫到一边，说“有空带他去看看心理医生，XX医院是精神心理专科医院，可以去了解一下，我觉得他要接受专业的心理治疗。”他妻子说好的，但看得出，她心里认为我有点大惊小怪，我只得再次提醒她说要重视。

妻子每天上班很忙，早出晚归，儿子即将中考，中午也是住校，白天大部



分的时间只有他一个人待在家里，我隐隐觉得不妙。我想帮他，但力不从心，他每次住院时间只有三五天，而且查完房或打完点滴就跑回家，拦都拦不住，化疗一结束就要求出院回家，没有商量余地。唯一能做的就是提醒他的妻子，细心一些，关注他的动态，尽早带他去看心理医生。

可他妻子实在是太忙了，儿子正在初三的关键时刻，还得操心儿子的事，一个女人，她太不容易，除了提醒，我也不该给她太多的压力。尽管她嘴里答应着，而且估计他也不会听从妻子的意见真的去看心理医生。

两周后的一天，他妻子给我发来信息：他走了。

他走了？我感到震惊，我能想象他妻子的悲痛欲绝。什么原因？绝对不可能是因为癌症本身或者化疗的反应！难道之前我心头不祥的预感真的成了现实？

后来得知，他真的是自杀走的。妻子早上去上班时，他并没有表现出任何的自杀迹象，白天照例是他一个人在家，傍晚妻子回到家时，看到的是自杀于家中的他。多么恐怖的一幕，这对他妻子是怎样的一种残忍！为什么要选择这样一种无论是对自己还是对家人都极其残忍的方式？我始终想不通，我们所有人都只是局外人。

也许是悲伤让她忘记了恐惧，他妻子反复唠叨的是对自己的责备，反复说只怪她没有听从我的建议早一点带他去看心理医生。她怪自己一直抱有侥幸心理，认为以她对丈夫的了解，他不可能真的会自杀，不可能狠心丢下他们母子就走了，他的癌症治疗都已经快结束了，胜利在望了，快要解放了。

而作为医生的我，尽管一直有隐隐的预感，我也没想到他真的会选择自杀。没有被癌症击倒，却被精神重负所压垮，他竟然舍得丢下妻子和即将中考的未成年的儿子，他甚至没有留下只言片语的“遗言”，他太自私，他太狠心。

但转念一想，他承受的精神痛苦可能超乎我们常人的想象。我们多数人通常只关注肉体的痛苦，而忽视精神的痛苦，事实上，精神的痛苦可能远超肉体的痛苦，必须重视和干预。

尘世中，谁来温暖那一颗无助的心？



癌症患者心理干预，一个长期被忽视的灰色地带，希望所有人能听到癌症病人内心的无声呐喊和呼救！希望大家能切实关注并重视这个问题。

To Cure Sometimes, To Relieve Often, To Comfort Always.这是长眠在纽约东北部撒拉纳克湖畔的特鲁多医生的墓志铭，也是流传在全球医疗界最著名的一句名言，翻译成中文就是：有时，去治愈；常常，去帮助；总是，去安慰。

医疗是为了什么？当然是为了治病，其追求的终极目标当然是治愈，但医学的局限是显而易见的，只能做到“有时，去治愈”，更多的是“无法治愈”，很多的时候，作为医生，我们倾注全部的心血和精力，最后也只能无奈地告诉病人和家属：“我们已经尽力了。”

医生是渺小的，医学永远是有局限的，但，希望大家一起努力，做到“常常，去帮助”、“总是，去安慰”，用心去诠释人活着的真正意义。不求活得长，但求活在爱与温暖之中。

救救我，把我拉出漩涡吧！癌症患者内心的无声呐喊，你听到了吗？



8

亲爱的，别哭，我们回家

死亡不是失去生命，而是走出了时间。

——余华

我不知道人间之外的上天是否真有一位掌控世间一切的神灵，如果有，我想知道她在安排人的命运时是出于怎样的一种考量标准？为何有时将人的命运安排得如此冰火两重天？

妻子刚刚产下一对龙凤胎，儿女双全，这是怎样的一种喜悦和幸福！而就在这幸福的当口，他的“胃病”也再次发作。之前他的上腹部就时不时隐隐作痛，“胃病”嘛，很常见的小病，很多人都有“胃病”，小病而已，扛一扛就过去了，他一直是这样想的，也因此一直拖着没去医院检查。

但这次似乎不太对劲，一是疼痛比以前剧烈，二是持续好几天没有任何好转的迹象，跟以前明显不一样。妻子说，“你还是去医院检查一下吧，俩孩子还得靠你养呢，你身体可得要好好的。”

要是以前，他可能还会抱着侥幸的心理继续扛一扛，但这一次，他听从了妻子的意见，也许是因为孩子，人在有了孩子之后，其实是最怕生病最怕死的，因为心中有更多的牵挂，身上担着更大的责任。

他做了胃镜，三天后活检病理报告出来了，结果完全出乎他的意料，是胃癌，低分化腺癌！还没来得及好好体会初为人父的幸福和喜悦，癌祸竟突然无情地降临，转瞬间，他从幸福的顶点跌落至悲痛的谷底，这是怎样的一种残忍！

也许只是早期，手术切掉就好了，他在心里默想着，其实更多的是祈祷。但不幸却在继续降临，进一步的检查，他的病情发展程度远超出想象，包括腹膜后淋巴结、肝脏和肺的多发转移，全身性的远处转移，意味着他的胃癌已经是晚期，IV期，最后的一期，也就意味着不可能治愈，治疗的最高目标只能是有限地控制病情发展，有限地延长生命。

当你天不怕地不怕的时候，一切都是好好的。而当有一天，身上担着家的责任，你有了牵挂，开始担心会发生些什么，你害怕意外，害怕生病，害怕死



亡，病魔和死神却偏偏就缠上了你，也许这就是人生，让人无从捉摸的残酷人生。

他暗暗地想，我要活着，我是两个孩子的父亲，我一定要活着！

于是，他开始了与病魔的抗争。

孩子一天一个模样，可爱的一对龙凤胎儿女，人间幸福莫过如此！也许上天开始受到了感染，开始同情他，他的病情在朝着好的方向发展，仅仅经过两个疗程的化疗，失控的病魔就收敛了它那肆无忌惮的狂野，疗效评估甚至达到了PR（部分缓解），这算是很不错的近期疗效成绩。第一仗打得很漂亮，当然得再接再厉，他暗下决心，一定要战胜病魔！尽管他知道晚期胃癌治愈的机会非常小，除非奇迹出现，而他想，世界上只要有奇迹存在，他就有希望，他希望奇迹能在自己身上发生，哪怕只是千万分之一的希望，因为他有世间最大的动力，那就是：始终给他以无穷战斗力的双胞胎儿女！

每每从医院化疗完回到家，恶心，呕吐，食欲不振，那滋味很不好受，但只要看到孩子那清澈的双眼，那粉嘟嘟的小脸蛋，所有的疲与累、痛和苦，顷刻间烟消云散。为了孩子，他一定要坚持，哪怕上刀山下火海，他无数次在心里对自己说。

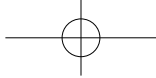
但，病魔一向是让人捉摸不定的。

四个疗程的化疗结束后，再次评价，病灶出乎意料没有继续缩小，反而开始反弹，肿瘤进展了，他没有料到，作为医生的我也没有想到，也许这正是癌症的复杂和不可捉摸之处。那一刻，他心灰意冷，真想一死了之。但转念一想，不行，我得活着，我走了，我的孩子怎么办？！他振作精神，和医生商量对策。

他看起来身体状况还不错，用专业的术语就是“体能状态评分”还比较高，各项化验检查指标比如血常规、肝肾功能也都还在正常范围，接下来当然是进行二线化疗，除非他放弃治疗，他当然不会放弃也不能放弃。

但作为医生，我明白，他这种情况，二线化疗换一种方案和药物，再次有效的可能性其实并不大，即便有效，也可能是历史重演，短暂的有效后很快反弹再次进展。

也许是因为心理上的打击，加上肿瘤恶化，他身体变得有些虚弱，已不如



从前，但看起来耐受进一步的二线化疗没有太大问题，毕竟太年轻，再给次机会吧。他自己主动要求参与到治疗决策中来，病人自己有这个权利，我也一向主张病人能主动参与到治疗中来。

他说，我想活着，真想活着，尽管希望极小，但哪怕只有一丝希望，也不想放过。

我心里为之一震，他还年轻，他是父母的独子，是妻子的丈夫，是刚刚出生的双胞胎儿女的父亲，他有太多的牵挂和不舍，不能轻言放弃，那么来吧，我们一起再努力一次吧！

他开始了新一轮的与癌魔的较量，接受了二线化疗。尽管他活下去的愿望非常强烈，尽管我也期待着奇迹在他身上能够出现，但作为肿瘤专科医生，我深知，这种奇迹出现的概率太小太小，我可以跟他一起去憧憬去期待，但不能跟他一起盲目和非理性，我希望在有限控制肿瘤的同时，尽可能不要太降低他有限生命时间里的生活质量，考虑到他的身体状况，我们给他选择了单药化疗，细水长流，不求治愈，但求控制，带瘤生存。

但，即便是单药，他的化疗反应仍是偏大，他的身体的确不如从前，而且他心里的负累越来越重，他每日心思重重的样子。

一切的痛与苦，如果有回报，都是值得承受的。

可是，上天根本不给他任何喘息的机会，他的病灶持续进展，二线化疗两个疗程后疗效评价，连暂时的缩小甚至稳定都没有达到，肿瘤仍在长大。持续的进展，就意味着耐药，癌症对化疗的耐药常常是多药耐药，也就是说，当癌细胞对某种化疗药物耐药时，它同时也可能对其他化疗药物耐药，这正是为什么当一种化疗药物无效时，换另一种化疗药物仍然可能无效，特别是如果第一种化疗药物一开始就无效或者只是短暂有效，控制的时间很短，短时间内肿瘤再次长大，多半是原发耐药，除非有逆转耐药的办，但目前还没有可以有效逆转耐药的对策，这是世界性的肿瘤治疗难题。联合靶向药物倒是一个选择，但当时并没有太有效的用于胃癌的靶向药物批准上市，即便如现在有靶向药物可用，也只能极有限的提高疗效，并不能从根本上扭转局面，付出极大的经济代价，最后仍可能是“人财两空”，晚期癌症的治疗，需要考虑的因素很多很多。



肿瘤持续进展，连续两线化疗的宣告失败，其实就意味着穷途末路。肿瘤没有得到控制，侵袭着他本就虚弱的身体，他的心情也一落千丈，再次跌入谷底，失去了往日的那股斗志，也许他真的开始认命了。

但他仍艰难地撑着，撑着，他的身体每况愈下，一日不如一日。他的肚子开始隆起，治疗停止了，肿瘤当然不会停下它进展的脚步，他的腹腔开始有积液，而且越来越多，腹胀明显，只能进食极少量的流质。

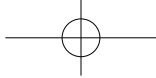
他，真的变得虚弱不堪，犹如那忽闪忽闪即将燃尽的灯芯，只需轻轻一吹就会熄灭。

他，真的进入生命的最后时光，以天计，以時計，甚至随时可能突然终止，这就是医学上的临终阶段。

何谓临终？临终的时间有多长？这是一个一直存在争议的问题，其实不同的国家和地区对此可能有不同的理解和定义，多数采用比较含混的提法，也就是把“在医学上已判明不可治愈，将在3~6个月死亡”作为临终阶段，但这并不是一个硬性规定，要结合国情、医疗政策、传统习俗等多种因素。

不管按照什么标准，他都可以算是进入到临终阶段，他已经时日不多，此时任何的干预治疗并不是为了治疗癌症，也不是为了所谓的延长生命，治疗癌症是前面阶段的事，所谓的延长生命也根本不现实，即便稍有延长也是无意义的延长痛苦。临终关怀有一条重要的原则，就是既不促进也不延迟病人的死亡，更多的关注“生病的人”，而不仅仅是“疾病”，强调减轻痛苦，帮助克服对死亡的恐惧，营造良性氛围，强调心理和心灵的慰藉，尽可能让病人平静地、有尊严地离去。

腹胀难忍，大量的腹水让他“躺也不是坐也不是”，呼吸也开始变得困难，采取利尿、输白蛋白等措施处理，症状没有什么缓解。我们给他进行了腹腔置管引流，间断地放腹水，以缓解那让他难忍的满腹胀痛，但也只是暂时的，他腹部很快又胀起来了，而且越往后面胀的速度越来越快，往往上午刚放腹水，短暂的轻松，下午就又胀起来了。也曾经想过往腹腔里注射药物，目的当然是希望能控制腹水，但全身化疗完全失效的情况下，单纯的腹腔注药想要控制腹水也基本是奢望，而且可能增加痛苦。经过与他本人以及家属商议，最



终并没有选择进行腹腔注药，临终阶段除了能减轻痛苦的措施，不必要的治疗和药物能不用尽量不用。当然，视情况适当的支持治疗还是必要的。

他越来越虚弱，躺在病床上，骨瘦如柴，癌魔肆无忌惮地无情地吞噬着他。

他随时可能离逝，我及时召集了他最亲的家人，父母，岳父母，妻子，妻弟，告知病情，以便让他们有个思想准备。一大家子，完全的无助和不知所措。不经历，不知家属的疲累与心酸，我一直觉得，其实，临终关怀，需要关怀的不只是病人，还有家属。

他母亲扑通一声跪在地上，哭着说：“医生，我儿子才30岁啊，我只有这么一个儿子，医生，你一定得救救我儿子，救救我儿子，求求你，不然叫我怎么活？！”

我吓得赶快扶起她，我怎受得起，也无能受得起，在终末期病人面前，医生是最无能的，癌魔肆无忌惮吞噬着病人，也羞辱着医生，医学仍有太多的无能，无奈。

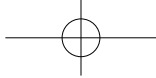
但我不忍心对她的哭求当即予以否定，我怎忍心拒绝一个母亲的哭求？尽管这种哭求是多么的毫无理性。

他妻子也帮着扶起了婆婆，刚叫了声“妈”，本意是想要安慰婆婆的，没想到转眼自己也失控地哭了起来，一个是他的母亲，一个是他的妻子，两个连着他心最近最紧的女人，就这样抱在一起痛哭着，那种氛围下，泪水不由自主在我的眼眶中打转，我也想哭，想放声地哭，哭自己作为医生的无能，哭自己力量的微弱和束手无策。

一旁他父亲始终默不作声，双手抱头，脸朝向地面，男人的痛与泪也许总是埋在心里，不肯轻易外露，我知道，此时他父亲内心的痛必定犹如刀割般钻心。

每当腹胀难受时，我一到病房，他就会说：“潘医生，我实在是太痛苦了，整个肚子像顶着一面大鼓，只能躺着，动也动不了，可这样还是难受啊，真的难受，你给我打一针睡觉的药，让我睡过去吧，这样受活罪，早点结束对我是解脱。”

而当放了腹水，稍感轻松时，他又跟我说：“潘医生，能再想点什么办法



把我这肚子里的水给消下去吗？我真是舍不得走，我太留恋这个世界，我最不舍得的就是妻子和儿女，还有父母，将来谁来照顾他们？我真的不怕死，我就是太舍不得他们。”

这个时候我能说什么？能做什么？我唯有默默地握一握他的手，给他些许的安慰和力量。面对病人的痛苦，无力解除。每一次的查房，对我，也是一种精神的折磨！

就这样撑了半个月左右，他确实已经奄奄一息了。

一天上午查房时，他出奇的精神变得有点好，似乎在使出全身的气力，对我说：“潘医生，给我办出院吧，我想回家，谢谢您一直来的关照！”

话刚毕，一滴眼泪从他眼角滑过，一个男人的泪！他是有多么不舍得离开这个世界，却又不得不接受即将离逝的现实。

一旁他的妻子也跟着垂泪，并点了点头说：“潘医生，给我们办一下出院吧，我们商量过的，他想回家，想儿子想女儿，想多看一看他们，让我带他回家吧。”

是啊，他还有一对双胞胎儿女，估计七八个月大了吧，骨肉相连，对他来说，一分一秒都是宝贵的。

“好的。”我说，此刻，一切的语言都是苍白的，哪怕安慰的话语也是多余的。

十天后，他妻子给我发来短信。他走了，走的时候有痛苦，但总体很平静。

我想他是带着对人世间的无比留恋、对一双儿女、对妻儿家人的无比不舍与眷恋走的。唯一庆幸的是，他没有错过享受最后的天伦，他把人生的最后时光留给了妻子，留给了儿女，留给了家人，而不是医院的病床。他享受了最后的爱与温情，走时闻着自己熟悉的家庭气息，包围在爱中，没有留下遗憾，这才是最重要的。

我想如果他选择继续留在医院，进行着所谓的“积极”支持治疗，他极可能会活着更长一些，但这种带着痛苦的、每天躺在冰冷的医院病床上甚至有时需要靠各种这个操作那个机器来暂时维持的、以“天”甚至以“小时”以“分



钟”来计算的生命，长短本身的意义有多大？他度过了人生可以说是最后的美好“黄金”时光，和家人，和妻子，和年幼的儿女。

有时想一想，我们为什么活着？活着又是为了什么？我想，亲情，也许才是活着的真正意义所在，假如生命只剩最后一天，你最想留给谁？答案，毫无疑问，应该是至亲的家人。

死亡，从来就不是这世上最可怕的东西，世界最可怕的是温情的缺失，满目的冷漠，人性的沦落。中国有句老话叫做“久病床前无孝子”，也就是病得时间久了，照顾的人会变得不耐烦甚至无情冷漠，原来不孝的当然更不孝，原来孝的也变得不孝了。这说的是子女对父母，其实在其他的亲人关系中也一样存在这个问题，比如久病夫妻离心，更不要说其他的亲情关系，也许最不离不弃的是父母对子女，正所谓“爱的端口向下”，做父母的永远对子女不会心存任何的私心杂念、不会有任何的不耐烦，最无怨无悔的就是父母对子女的付出，但也仍有个别的例外，曾经听说过子女久病，父母弃子而去的故事，这是何等的无情和人性沦落，比死亡更让人感到悲哀。

当一个癌症病人，到了人生的最后阶段，多数情况下经过长期的疾病折磨，他心里还是清楚的，反倒对死亡开始变得不再那么害怕了，他怕的不是要离开这个世界，而是亲人的冷漠，甚至有的亲人当着自己的面为了所谓的家庭财产发生争执，心死莫过于此，何惧身死？

久病床前无孝子，病榻旁丧失亲情，无人关心你的疼痛，没人照顾你的感受，这才是最可怕的。疾病与死亡，犹如一面镜子，照见人间冷暖。

冷漠，当然是比病痛和死亡更可怕的恶魔，而有时，失去理性的爱却也同样可能是无形的伤害。有的家属明明知道病人的病情已经到了不可逆转的终末阶段，但就是不承认现实，心情当然可以理解，但这种不理性会影响并左右着医生的处置措施，而这种措施常常是不必要的，只是徒增或延长病人的痛苦。

在癌症的终末阶段，仍然四处奔波求医，一方面会消耗病人的体力，让本已虚弱的体力被进一步耗损，另一方面也错过了好好享受人生最后亲情时光的机会，病人自己和全家人都一直生活在身体和心理的疲累上。明明不能带来任何获益，仍然做过多的检查、治疗，即便在最后“油尽灯灭”的时候，仍然撕



心裂肺地要求医生进行各种有创伤性抢救措施，完全听不进医生的建议，在亲人失去理性的“爱”中，病人带着痛苦离开了。

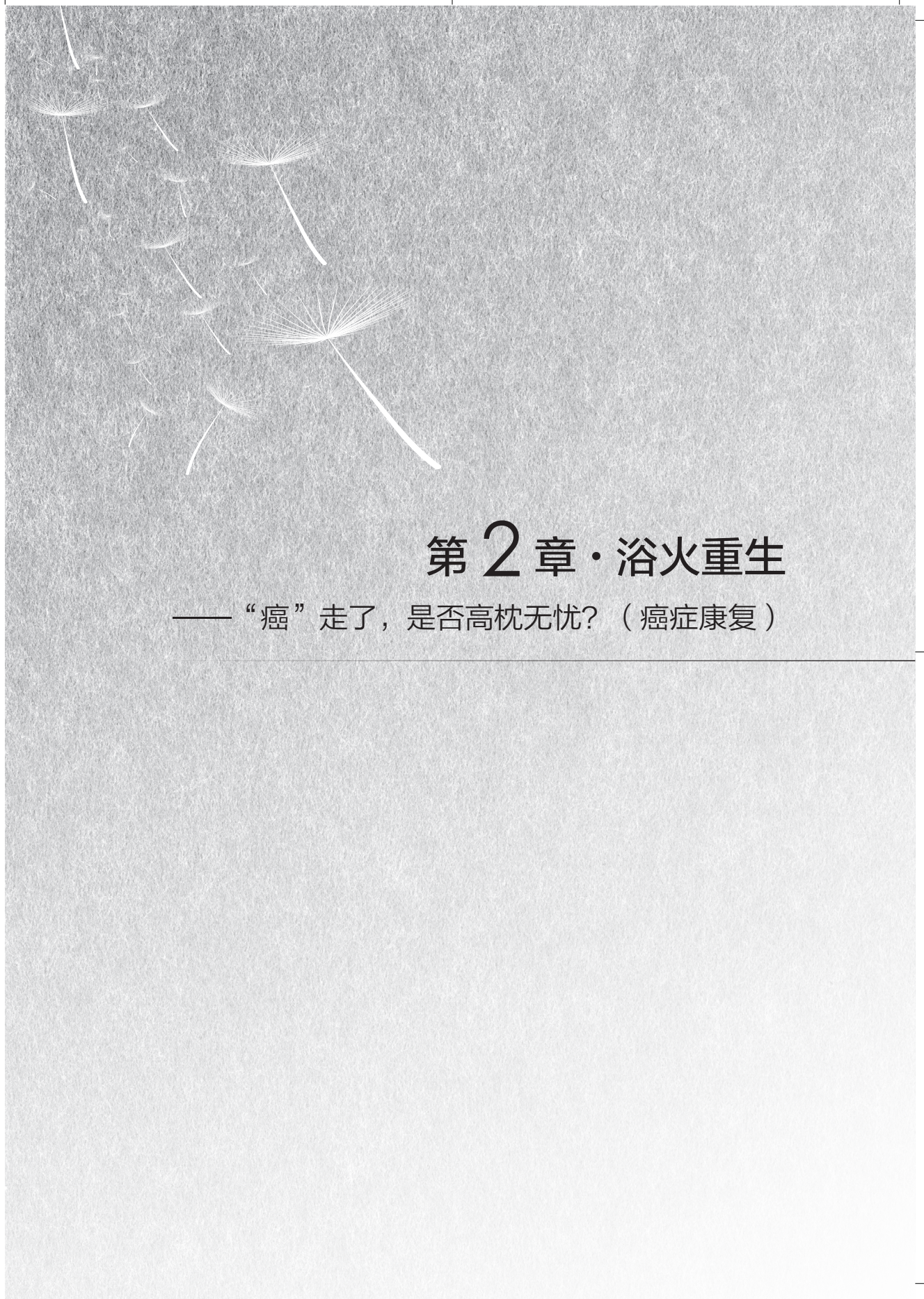
由于一直忙于折腾，从来没有想着静下心来，在随时可能终结的有限生命时间里，好好拉着手儿、摸着脸儿、说说话儿，这是人间最大的遗憾，无可挽回的遗憾。

其实，当生命进入以周计、以天计、以时计的阶段，与其徒劳折腾，不如接受现实，及时将重点由积极治疗转变到日常护理和心理关爱上，这无论对病人还是家属都极其有利。

“顺其自然吧”、“让他走吧”，“我们回家吧”，淡淡的一句话，透出的是无奈的伤痛，却也是出于最真切的爱。真爱，需要付出极大的勇气，克服种种世俗的偏见以及心底的固有传统观念，以及那流淌在心底最深最真的爱。

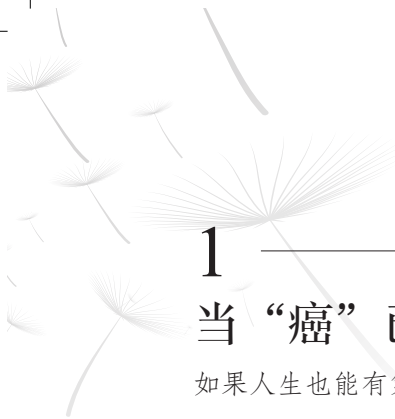
我们回家吧，那里没有药物，没有点滴，没有插管，没有呼吸机，没有让人胆战心惊的频繁报警的心电监护仪，那里是我们温暖的家，有我们爱的气息，有我们的孩子。

亲爱的，别哭，我们回家。



第 2 章 · 浴火重生

——“癌”走了，是否高枕无忧？（癌症康复）



1

当“癌”已成往事

如果人生也能有第二版，我将会如何认真地修改校对。

——克莱尔

(一)

终于迎来了五一小长假，可以享受难得的短暂清闲时光。

对医生而言，多数情况下并没有完整而连续的假期，所谓的周末或节假日，要么得每天查房（巡视病房），要么处于随时待命状态，不敢出远门。这不，假期最后一天，我正心里暗自庆幸这个假期无事干扰，手机响了，是一线值班医生打来的，说是急诊科请会诊，有一个我以前经治过的老病人因为怀疑肠梗阻在急诊观察室，要求住院，要我去处理一下。

我立即赶往医院，穿上白大褂，快步跑到急诊观察室，家属一看到我，马上迎了上来，“潘医生，您可来了，我家老蔡昨天就开始肚子痛，以为只是吃坏了东西，可又没拉肚子，四天都没有解大便，今天突然痛得不行了，还吐了，脸色苍白，吓得我赶紧打120送来了。刚才这里的医生说可能是肠梗阻。潘医生，你快帮看看，让我们先住院。”

说话的是病人的妻子。看到家属，感觉很是面熟，但一下子又想不起到底是哪个病人，记不起病人的姓名，更不要说具体的病情。有的人也许会说，医生就是健忘，自己治过的病人怎么可能记不住姓名？这一看就是不会换位思考的人，医生每天每月每年治过那么多病人，除非这个病人正在住院，否则出院后医生能有点印象就不错了。有人又得说了，你医生不记住病人的姓名这是不负责任，万一搞错了、弄混了咋办？这又是对医生工作不了解导致的，医生确保医疗安全可不能只是靠记住病人姓名，有很多确保医疗安全和医疗质量的环节措施。对于正在住院病人，主管医生一般都能记住他的床号、姓名，特别是反复住院的老病人，不但能记住姓名等基本信息，而且对他的病情了然在胸，天天都要查看病人的病历和检查等资料。但对已出院的病人，特别是已出院很久没有经常随访复查的病人，渐渐地也就会淡出记忆。



我快步走到病人躺着的留观病床前，拿起床头卡，上面有病人的姓名，很熟悉的名字，确实是以前经治的老病人，但具体病情仍是记不起，毕竟年数有些久了，每天进进出出太多病人，再好的记性也不可能记住每个病人的信息，得依靠文字记录。

我问病人的妻子有没有带以前的病历资料来，这样我才可以了解既往的诊治情况，也可以帮助我回忆病人的更多详细情况，但遗憾的是，以前的各种病历资料出院小结都没有带来，说是匆匆忙忙忘带了，还说都好几年时间了，也不知放哪去了，可能弄丢了。

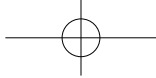
这可不是个别现象，是很多人的通病，说来真让人无语。

老百姓普遍不太重视病历资料的保存，多数人出院后就把病历资料随手丢弃，或是放在一边，放着放着就忘了在哪，或是哪天无意中当废纸给丢了或卖了，甚至有的人是故意丢弃，认为得病是很晦气的事，丢了看病的资料，就是把晦气丢了，迷信心态作祟。也有的病人，他的病历资料倒是保管着，但每次看病时仍是空着手，因为压根没有养成到医院看病带上以前病历资料的习惯，所谓的病历资料在他这里成了历史纪念物和摆设。

还有一种人，既留存了以前的病历资料，去医院看病时也记着或想到这码事，但他是故意不带或带了也藏着不拿出来，这个在前面我也说过，在有的病人看来，以前的病情已经成为过去，为什么要看以前的东西？岂不会误导医生？所以不带，或不给医生看，就是让医生不受以前的病情影响，要医生重新给我看，这似乎是要考考医生水平的意思，其实这是大错特错。诊断疾病，你提供的资料越全面越详细，诊治效率就越高。诊断是建立在综合各方面资料的基础上，在医生面前，一定要提供最真实的信息，某种程度上，你“暴露”的信息甚至所谓隐私信息越多，你的疾病被误诊的概率就越低，获取诊断的时间就越可能缩短，根本不用担心所谓的“隐私”被泄露，医生有义务为你保密。

既然蔡某没有带以前的出院小结等关键资料信息，我快速瞄了下刚才急诊科医生写的门诊病历，并通过简要的问诊，了解大致的病史和诊治经过。

40岁出头的蔡某两年前诊断结肠癌Ⅱ期，做了根治手术，术后做了化疗，这次看急诊是因为突发剧烈腹痛，腹部立位平片提示肠梗阻可能。基于这些大



致的病史资料和检查，我高度怀疑他的结肠癌复发了，我说：“先办理住院吧。”我一边说一边签署住院证。

以最快的速度办理入院后，按照肠梗阻的处理流程：禁食，监测生命体征，营养支持，抑制胃肠液分泌，视病情进行胃肠减压，同时与外科医生做好沟通，如保守治疗失败，病情有变化，随时做好急诊手术的准备。

随后，我通过电子病历系统查阅他既往的住院诊治资料，获取详细的既往诊治情况，了解到蔡某确切的诊断是结肠低分化腺癌 II 期（pT4N0M0）根治术后，遵照治疗指南，并结合他本人及家属的意见，手术后安排做了规范的辅助化疗。

手术做了，化疗做了，全部治疗结束后，接下来就是继续随访定期复查，这个可是终生的。无论是口头上还是书面的出院小结医嘱上，医生都会交代清楚，包括诸如多久复查一次，第一次返院复查时间，有情况随时就诊等等。

当时的他，一听所有的治疗都结束了，当然非常高兴，交代他要注意的事项，也是满口答应，可不知为什么却并没有按照医生的嘱咐返院复查随访。隐约记得当时第一次复查时间到的时候，曾经打过电话催他来，但由于工作实在太忙，主要时间精力被正在治疗阶段的病人占去，医生不太可能操心到每个人是否来复查。在中国大陆多数综合医院难于做到像欧美有些国家那样有完备的肿瘤随访体系，通常也只能反复交代病人和家属，包括口头和书面的，交代好了，之后病人如果按时来了，我们就给安排检查。来不来，什么时候来，全靠病人是否能遵医嘱，医生能做的也就这些了，如果自己都不重视自己的身体，医生也救不了。

我很想知道这两年他到底干什么去了，为什么没有按要求来医院检查随访？于是找来他妻子了解详细情况。原来，他在化疗全部结束后的一两个月左右，我确实曾经打过一次电话催他来复查，但因他家里当时正好有重要的事要处理，想着后面有空再检查。后来自我感觉身体并没有什么不舒服，觉得反正手术做了，化疗也做了，肿瘤都消灭干净了，检查肯定没问题，只是个形式而已。有了这种想法，自然也就没把这事儿太放心上。再后来，他跟朋友合伙开了家公司，随着事业起色，越来越忙，更是把去医院随访检查的事忘得一干二净。



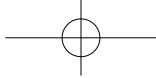
最近半年来，他感到有时会腰酸不适，认为可能是工作太累了，去社区医院看过，也认为是劳累过度，给开了点叫不上名字的药，吃了似乎有好一些，也就没太在意。其实这个时候他应该要想到自己是曾经的癌症病人这个身份，一是不能再继续劳累下去，二是更重要的是要及时到医院找医生进行专科随访检查。可他都没有，继续拼命干事业，继续“放任自流”，完全把检查忘得一干二净，也许他是想一辈子不再想见医生，但愿望归愿望，疾病并不会因为你无视它、遗忘它，它就不再找你。

再后来，他开始感觉解大便似乎不是很清爽，这下他终于没忘记自己是一个曾经的肠癌病人，也许只有“大便问题”才能触及他的痛苦记忆，也才能让他“不忘过去”，有时，忘记过去就是背叛，就可能重蹈覆辙。但即便如此，他也只是想起而已，还是抱有侥幸心理，想着手头的事太多，忙过一阵再到医院看看，这一拖竟然又过去一两个月。

前一段开始解大便困难，直至连续几天没有大便，肚子也开始痛起来了，但想到这几天刚好是五一放假，就又想拖着，但没想到突然肚子痛得厉害，他妻子急了，这才打了120送过来看急诊。急诊科医生一问一看一查，诊断“肠梗阻”，你看这事弄的。

经过积极的保守治疗，蔡某的病情得到暂时缓解，抓紧这个空档，给他有针对性地安排了检查。结果提示，除了结肠局部复发，肝也有转移，所幸是单发的孤立肝转移，没有其他脏器转移，经过评估，他的结肠癌局部复发灶可以再次切除，而肝转移灶也可切除，他仍有第二次的“治愈”机会。

再次手术，再次进行术后化疗，一切进行得很顺利，蔡某获得了宝贵的第二次“治愈性”治疗的机会。癌症发现得越早就越好治疗，癌症复发也是如此，越早发现复发，再次争取到“治愈”的机会也就越大。总体上蔡某还算是幸运的，尽管发现时已经肝转移，但还没有到不可收拾的程度，有再次手术的机会，如果他没有出现肠梗阻这个急症，他仍可能不会到医院来检查，仍会继续拖下去，病情也就会继续发展下去，到那个时候，肝转移灶就可能发展到无法切除，其他远处器官组织的转移也可能相继出现，再次获得“治愈”的机会就可能会丧失（需要说明的是，我这里说的是“机会”，是“可能”，不是“一定”，而且所谓的“治愈”也是有特定含义的，这个在前面也已经说过了，相信大家应该还有印象。）



(二)

癌症病人在全部治疗结束后，“癌”已成往事，可以松一口气，但不等于可以掉以轻心，永远要把“随访复查”这事牢记在心。正常没有得癌症的健康人都得一年体检一次，何况得过癌症的人。所有的癌症病人都必须要定期随访复查，而且是终生的，当然随访复查的时间间隔会随着时间的推移有所变化，通常是越往后面间隔时间越拉长。

为什么要进行随访复查呢？有人说，总是到医院，容易勾起病人的“痛苦”记忆，会不会增加病人的心理压力。也有人说，复查多数情况下是没问题的，特别是在治疗刚结束的一段时间，哪能那么快出现问题？如果这样的话，那治疗也太失败了吧。还有人说，即便真发现复发了，复发了肯定没得救了，还不如不去复查，至少图个省心图个自在。

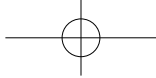
你看，这全是误区！

癌症在治疗全部结束后，特别是那些治愈性的治疗全部结束后，就意味着你的人生翻到了新的一页，过去已经成为历史，没有特殊情况的话，你当然要重新开始新的人生，新的生活，新的工作，某种意义上你和其他健康人是一样的。健康人都得时不时进行体检（健康体检或防癌筛查），癌症病人当然更要体检。

那癌症病人治疗后体检（随访复查）的目的到底是什么？首先当然是为了早期发现可能的复发（包括局部复发或远处转移），早期发现复发，就能尽早进行干预，就能争取到可能的再次治愈的机会，当然不是保证百分百，但复发发现越早，这个机会就越大，你说你愿不愿意有更多的机会？恐怕没有人说不愿意吧。癌症复发的风险在治疗结束后2—3年是最高的，更应加强监控，不能有侥幸心理而掉以轻心。

其次通过随访和复查，可以监测之前的治疗（手术、化疗、放疗等）的可能后续毒副反应，包括一些之前没有显露的可能的中远期不良反应，比如化疗的心脏毒性，放疗的放射性损伤。对某些癌症来说，由于有的治疗持续时间很长，甚至5年10年，比如乳腺癌内分泌治疗，随访除了监控可能的复发外，还能监控内分泌治疗可能的毒副反应，比如内分泌治疗药物对骨骼及子宫的影响等等；另外，还可能发现其他一些未预料的情况。

最后，通过随访的方式，医患有机会沟通互动，健康宣教，可以促使患者



改变不良生活方式，比如饮食调整，戒烟，维持合适体重等等。通过随访复查，也可以发现可能的第二肿瘤，曾经得过癌症的人将来再得癌症的可能性比其他人大，属于高危人群，当然更要加强检查，比如一侧乳腺患癌，另一侧乳腺将来患癌的可能性要比其他人更大；比如白血病、淋巴瘤病人在治愈后，由于之前化疗强度大，特别是年轻病人，生存时间长，将来得第二种癌症的风险大，当然要重视监控随访检查。

那随访到底应该“访”什么？复查应该“查”什么？如何访？怎样查？这个要根据不同的癌种、不同的分期、不同的复发风险、不同的病人等由肿瘤专科医生来综合判断决定。多数情况下癌症根治性治疗后的随访复查时间间隔可以大致按照以下时间：开始2—3年每3—6个月左右一次，2—5年每半年左右一次，5年以后每年一次，但这只是一个大致的粗略安排，不同的癌症有不同的安排，应听从主管医生的意见。

必须强调的是，这个是对经过治疗、体内已经没有可见肿瘤的病人来说，如果是晚期癌症经过治疗，身体仍有肿瘤，也就是带瘤生存的病人，将来某一天肿瘤又再次长大，这个就不能叫“肿瘤复发”，准确地应该叫做“肿瘤再次进展”，这种情况下其实治疗从来就没有真正意义上的结束，治疗停止多数情况也只是暂时的，肿瘤迟早又会长起来，还得再治疗干预，所以在初始阶段的治疗结束后，更要加强随访复查监控肿瘤变化情况，具体的安排要遵照主管医生的嘱咐。

“癌”，可以成为过去，但历史不能忘记！牢记历史，是为了避免悲剧重演。



2

撕掉“癌”的标签

苦难对于人生是一块垫脚石，对于能干的人是一笔财富，对于弱者是个万丈深渊。

—— 巴尔扎克

不该忘记的不能忘记，但该放下的也得放下，历史要牢记，但不能总背着历史的包袱。

癌症治疗（手术、化疗、放疗等）全部结束后，可以长舒一口气，然后回归正常轨道，开启新的生活，可似乎总有人不甘心：难道这样就结束了，不要接着做点什么？比如吃点中药或补品之类的养着补着。看这架势，吃药还上瘾了。我的回答是：什么都不用做，除了定期随访复查，不必非要打点什么针吃点什么药才放心，除了少数特殊情况医生另有交代。

这癌症标签贴上了，有些人总还舍不得撕下来，沉溺在“癌”中不能自拔，不是折腾中药，就是折腾补药或是所谓的稀罕贵重之物（珍稀动植物），反正要靠吃这个那个的中药或补药来不断提醒自己是癌症病人，想要一辈子活在癌症阴影中的节奏！

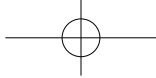
要补着养着，家里人得一辈子让着宠着，这是中国老百姓的心病，得治。

35岁的黄嘉芬（化名）就是其中之一。

她的长相绝对可以归到美女行列，不知是不是真应了“红颜薄命”那句话，我经治的很多年轻女性病人大多长相漂亮，这当然只是巧合，美女根本不必因此有压力，红颜薄命总是不免让人有更多的感慨和叹息。

黄嘉芬得的正是所谓“红颜杀手”之一的“卵巢癌”，发现时分期偏晚（Ⅲ期），这也是卵巢癌的一大特点，因为卵巢位于身体内部较深处，较难做到早期发现，一旦出现症状，多数已经晚期。但幸运的是，卵巢癌属于治疗效果相对较好的癌种之一，即便是有腹腔转移也仍有手术机会，可以进行减瘤术，如果能做到理想的减瘤，预后也是相当不错的。

所谓“减瘤术”，就是“肿瘤细胞减灭术”的简称，也就是尽最大努力切



除肿瘤原发灶及一切转移瘤，使残余的癌灶尽量小，直径小于1cm（理想或满意的肿瘤细胞减灭术）。对于大多数实体瘤来说，只有在能够做到将所有肿瘤彻底切干净的情况下，手术才有意义，这个在前面一章谈癌症的手术治疗时说过，但卵巢癌有点不一样，即便肿瘤不能彻底完全切除，只要能将肿瘤体积尽可能缩减，手术就有价值，就值得做。当然，这个缩减也需要达到一定程度才有真正的延长生存的意义，通常要将肉眼所见肿瘤尽可能切尽，使残余肿瘤小于1cm。

黄嘉芬就是属于后者，她做了满意的减瘤术，然后进行了术后化疗，减瘤术后的化疗是必须要做的，没有术后化疗的支撑，所谓的肿瘤细胞减灭术，只是空中楼阁，水中幻影。

通过手术，通过化疗，最终应该要达到“无瘤”状态。当然，所谓的“无瘤”是指通过现有的检查手段没有发现可见的肿瘤残留，也就是CT、磁共振等检查没有显示任何可见的肿瘤，血液肿瘤标志物检测，CA125持续处于正常水平，治疗前异常的其他肿瘤标志物也都要降至正常水平。

黄嘉芬正是这样，在完成了全部治疗后，经过全面的影像学检查以及血液肿瘤标志物的检测，她处于“无瘤”状态，也就是说，她已经是一个“无瘤”的“健康人”。

但黄嘉芬是一个特纠结的人，在之前的癌症治疗过程中，每天就是为各种大事、小事、不大不小的事操心着，担心着，纠结着，给她做了不知多少次的解释和谈心，以及科普宣教，似乎并不能完全解开她心里的纠结。有时我在想，是不是她的这种纠结性格造就了她的忧郁气质，然后这无形中也增加了得癌风险？这个只是想当然的推测，并没有直接的依据。

在担心中，她完成了手术；在纠结中，她完成了化疗。化疗的完成，也就意味着她全部的抗肿瘤治疗结束了，至少是告一段落，进入随访复查阶段。

总算完成一件大事了，坚持下来确实不容易，本来可以抛开纠结，开启新的“美丽”生活。但她似乎仍是放不开，仍在操心着，担心着，纠结着，因为她始终牢记着她的“癌症病人”身份。治疗后还要不要做点什么？要不要继续吃点什么药？要不要在家养着？能上班吗？这是黄嘉芬新的迷茫和纠结，也是新的烦恼之根。

记得最后一次化疗结束即将出院的那一天，她走进医生办公室，后面跟着



的是她老公，一个完全“妻管严”式的模范好男人，手里还提着一大袋的苹果。

我一看，这是又来“问题”了呀！黄嘉芬是出了名的“问题女王”，“问题”一向很多很多，在整个治疗过程中，我不知领教过多少次，也习惯了。对她而言，什么小事都能成为事，成为“问题”，成为她的心结和烦恼。没事她就爱凑过来，问一些反复回答过多次的小问题，哪怕你手头正忙着其他事，有时感觉快被她“烦”死，偶尔我也会变得不耐烦。不过，她并不会太在意，这是她的优点。总体上，她是一个“好”病人，一个懂得感恩的病人，倒不是因为她有时会送些吃的东西，我当然不至于贪这些吃的。病人送的东西，说实话，我内心是拒绝的，但前面几次的“无情”拒绝，我看出了她的失望和眼神中的一丝失落伤感，这也许正是她忧郁气质的表现，所以想一想，就一点点水果，收就收吧，算不上是收受礼品。一些土特产或水果，人家真心实意，完全拒收，有时显得不近人情，反而可能伤了病人的心。

“恭喜你啊，黄嘉芬，治疗结束了，可以松口气啦。”我说。

“是啊，终于可以松口气啦。尽管之前我也知道这是最后一次化疗，但刚才查房时听您正式说我的治疗全部结束了，不怕你笑话，您走后，我还流了眼泪，当然不是难过，是高兴，这半年多的治疗走下来，实在太不容易，所以得感恩。最主要的是要感谢你们对我的治疗，对我的鼓励，对我不厌其烦地解释。我也知道自己太多事了，但就是这么个性格，控制不了，所以要谢谢您的耐心。”

我说：“这么久了，你也对我有所了解，不用太客气啦，就像刚才查房时跟你说的，接下来你最主要要做的就是定期来医院复查，可别从此忘了我，保持联系哦。”

“那是当然，我一定会遵从您的意见。不过，我还有一些问题想咨询咨询您，刚才查房时看您那么忙，不好意思占您太多的时间，我估摸着您现在有空些，所以又来打搅您了。”

对于她的这种查房后的“打搅”我早已习惯了，只要时间允许，我其实还是欢迎病人的这种“打搅”。反而那种从来不问、不来打搅的病人和家属，他们要么自己擅自做主，却很可能是做错了主，要么就是有问题闷在心里不说出来，带着疑问，有时其实就会积累怨气，反而不好，无论是对疾病治疗，还是



对医患关系都不好。

“不用客气哈，你尽管说吧！”

“好的，我也不客气了，你也了解我，凡事喜欢多问，纠结的事太多，您让我放开一些，我也在尽力做到。但有的事就是心里放不下，不问心里不放心，高兴的事转眼间我也能操心出不高兴来。这不，您刚说我的治疗结束了，我一听，这太好了，高兴啊，可一转眼，我又有新的操心，接下来我要怎么做？是不是就在家养着？还能上班吗？要不要继续做些什么？要不要开一些药回去吃啊？听人说要吃点中药。总觉得就这样什么都不做不太放心。”

“我说你呀，确实想得太多，这当然也不是什么坏事，但有时却可能会让你增加不必要的烦恼。治疗全部结束后，你该干吗干吗，正常吃正常睡正常生活，也可以正常工作，只要不太劳累太透支就行。最重要的事就是不要忘了我，记得定期来看我就行。”我故意带着半开玩笑的语气说。可尽管如此，她还是有点感到意外，估计她心里在想，这个医生怎么还要求人家来定期看他？难不成他暗示我经常来送礼？这医生太奇怪了。

“哦，那是那是，怎么会忘了潘医生您呢？我当然会一直惦记着您想念您的。”

“你可真会说话啊，惦记我想念我，说一说为啥要惦记我想念我？”既然她还没明白我故意挖的“陷阱”，我就继续让她往里跳，这样也可以增加她对我接下来要说的话的印象。

“惦记您的好啊，想念您的关心啊，您这么久对我的悉心治疗和关照，咋能说忘就忘了，恩人，当然要惦记和想念。”我一听，差点笑喷了，一旁她的老公也笑了。

“我说你呀，可真是一个可爱的人，你看，你老公都笑了，我估计他明白我说的啥意思了。你可真敢说啊，当着老公的面，一口一个会惦记我想念我，不怕你老公有想法啊？”

“他啊，有什么想法？我说了算。当着他的面我也得说惦记您想念你，吃水不忘挖井人，我怎能做忘恩负义的人？”额滴神，这嘴巴甜的，服了！

我说：“你呀，有时确实有点烦人，什么小事都纠结问个不休，有时又确实可爱得让人哭笑不得。我让你不要忘了我可不是你理解的想念我惦记我的意思，而是要你定期来找我复查，不要一回家就把我忘得一干二净，把来医院复



查的事忘得一干二净。你心里再惦记我，可没有来找我复查，那也是白惦记，我可不领这个情啊。”

她一听，有点不好意思：“哦，是这么个意思啊，我还奇怪呢，怎么潘医生要求人家惦记想念呢？原来是要我来复查啊，我肯定会听您的话，不会忘记的。”

“那就好，这才是我真正要你做的。”

“可是，潘医生，就这样简单？除了这个，其他方面还要注意什么呢？我是不是就在家养着？可以上班吗？另外，要不要开一些什么药吃？或者找中医调理调理？”

又来了，看来是要纠着这个问题不放，不正面回应是过不了她这一关。

“你手术做了，做得也很彻底，化疗也做完了，接下来主要任务就是定期随访复查，其他的这个那个的东西，建议你不要弄得太复杂，之前在治疗过程中你也总是把简单的事弄得很复杂，那样累人。你现在完全可以回归正常生活正常工作了，上班当然可以啊，只要不是太劳累就可以，不必要天天在家养着，不要总把自己当病人，自己给自己贴上“癌症病人”的标签。我们治疗的目的是什么？就是让你回归正常生活工作啊。撕掉标签，让过去的成为历史。当然不是叫你完全忘记历史，不良的生活方式当然要改掉，心态好一些，活得轻松些，活得快乐些，健康均衡饮食，乐观生活，回归正常。一句话：该干嘛干嘛！当然，我这里说的该干嘛干嘛，不是叫你乱来。”

她一边听着一边点着头，但明显看得出，她对我的话还有疑问，那意思是，就这么简单？这不等于什么都没说吗？

“怎么，不相信我的话？”

“不是不是，我当然相信潘医生您的话。”她赶紧说。

这个时候她老公也插话了：“嘉芬的意思是，要不要吃点什么药之类的来防止复发？还有就是，得了这么大的病，做了手术，又做了这么长时间的化疗，不得在家好好养着吗？还能跟以前一样做事吗？”

“防止复发的措施在前面已经做了，就是规范的治疗，你都做到了。至于治疗结束后要不要吃什么药来防止复发，对你来说，没有什么这个药那个药可以用来防止复发，吃了也没有用。之前规范完成所有计划中的治疗，这就是最好的防止复发的措施，有的人没有坚持做完治疗，她将来复发的风险就会更



大，你坚持做完了治疗，尽管不能保证百分百不复发，但概率会降低，这个道理其实很简单，就像跟鬼子打仗，把鬼子消灭得越干净，将来鬼子反扑回来的可能性就很小，即便有可能反扑，也需要更长的时间才会形成反扑的气势。至于治疗后要不要继续吃什么药，我想你应该指的是中药或补药，有的人认为可以调节免疫力，但目前没有证据证明吃这些中药或补药可以防止复发，所以我不建议你吃，增加经济负担还是小事，弄不好还可能伤肝伤肾。很多人喜欢跟风，看别人吃中药，或者听别人说应该吃点中药或补药，就也跟着吃，至于吃了有没有用，能起多少作用，完全不关心。其实，吃好睡好心态好，活得滋润活得开心快乐，也可以增加免疫力啊，也有助于降低复发的可能性。”

黄嘉芬和他老公一边听着，一边频频听头，似乎开始认可我的观点，也许是因为打了比方更好理解。我趁热打铁，接着说：“当然，化疗刚刚结束，身体确实还需要一段时间恢复，至少还要度过骨髓抑制期，而且一些化疗后的副作用，比如之前一直说的手脚麻也需要一些时间慢慢恢复或适应，脱掉的头发也会长起来。随着时间越往后，身体的恢复是自然而然的，之后你就完全可以恢复正常的生活和工作，也就是该干嘛干嘛！我反复说了，我说的这个该干嘛干嘛，不是让你乱来，不对的事当然不能做，生活方式要健康，比如戒除一些以前有的不良生活方式，不熬夜，少吃或不吃加工食品以及各种垃圾食品，多吃新鲜蔬果瓜，保持心情愉快，不要总是纠结这个那个的小事，等等。”

“可我听很多人说，可以吃中药防止复发。”看来，她还是不死心，非要揪住这个不放，这真是很多中国老百姓的心病。

“听很多人说？那我问你，到底是听谁说的？估计是道听途说的吧？或者是所谓的好心人说的吧？道听途说会害人，所谓的好心人有时也会害人。听我的，做好上面我说的那些就可以，真的不必非要折腾这个那个的偏方秘方，或者所谓的补药补品。我并不是打击中药，中药没有必要吃，西药也一样没有必要吃，战争告一段落，就要休整，休整不是靠吃药，正常饮食正常休息正常生活才是休整。没有必要吃的药，没有证据证明有用的药，吃了不但不能带来好处，反而可能带来未知的副作用，是药三分毒，千万不要跟风盲从乱吃那些没有明确作用的乱七八糟的药，包括那些中药草药。除非你确实身体太虚，但其实有几个身体太虚弱的？体内没有肿瘤了，身体就能自己慢慢恢复，用不着特别的调理它也能恢复。如果体内还有肿瘤，肿瘤没有得到控制，还在发展，调



理也调理不过来，不治肿瘤，不控制肿瘤，你的身体只能越来越差，越来越虚弱。很多人认为的身体虚弱是自己想当然的，非得要弄些中药来调理，主要是心理安慰。其实饮食调理就好，休息好，心情好，身体慢慢会恢复，你得给身体恢复的时间，是吧，不要急。”

你看，我一说开了，就停不下来，因为我总有一种担心，担心病人听不懂，或者没有理解我的意思。

“谢谢您没有嫌我烦，这么耐心给我解释这么多，我也放下不少心，下次有空到我们老家那玩啊，一定好饭好茶招待您。”黄嘉芬面带笑容。

“一定会的哈，到时可别假装不认识我啊。开玩笑啦，快去办出院手续吧。以后如果还有什么疑问，可以打电话过来问。”

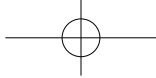
“好的好的。再次感谢您！”

说完，黄嘉芬和她老公走出了办公室。看着她的背影，我心里在想，她的纠结可能并没有真正终结，活在中国，会受到来自外界的很多因素干扰，有很多的所谓好心人会建议你做这个做那个，加上她本身的纠结性格，将来肯定会有新的疑问，但我相信她不会从中受害，因为尽管她喜欢听各种传言，或疑问很多，但她不会自己轻易做主，她信任医生，懂得咨询医生的意见，这对病人来说，是自我保护的最后一道防线。

说起治疗结束后要不要吃药的问题，还真的非常有必要特别展开说一下。

中国老百姓一向迷信吃药，特别是中药草药偏方秘方，还有各种保健品补品，甚至是那些珍稀动植物。不管什么情况，也不管有没有必要，不管到底有没有效果，反正是听别人说的，看别人吃，就也跟着吃，听别人说吃了有用，于是也就跟着吃，把吃药当做是一件很随意的事。吃药随意，特别是吃中药随意，一个重要原因可能是很多人认为中药没有副作用，认为吃了不管有没有用，至少没有副作用，万一有用呢，吃了总归放心些。如此一来，全民吃中药，所谓的保健品或补品更是满天飞，这真是天大的误区！毫无根据的吃药，就能放心些？恐怕是添堵吧？反正没有副作用？谁说的？这个传言比药物本身带来的伤害更害人！

当然，我这里说的不必要吃药，是指那种真正的抗肿瘤治疗全部结束后的所谓防止复发的吃药（不管是西药还是中草药），但有些癌症比如乳腺癌术后



口服内分泌药物治疗要持续5至10年，这个必须要坚持，因为这属于乳腺癌整个综合治疗计划的一部分，只是这个治疗的时间比较长罢了。另外，有一些晚期癌症的维持化疗或靶向药物要持续服用，比如很多靶向药物要持续长期服用，就像是治疗高血压的药，必须终生服药，不能停，除非没有效果了要换另一种药或者因为副作用而要换另一种药，这种持续的吃药，也是属于治疗计划和疾病管理的一部分，当然要坚持。除此之外的没有明确证据的所谓这个方子、那个偏方或民间传言之类的或被某些别有用心的人过度宣扬的所谓生物疗法，建议不要去折腾，浪费钱财还可能损害身体。如果实在弄不清，建议先咨询正规医院的专科医生，最好是你原先的主管医生。当然，有的所谓正规医院的医生本身也可能乱来，不按规矩来，喜欢给你开一大堆中成药，你问他到底吃着有没有用，他也是不置可否，问他要吃多久，更是没有明确说法。

我一向主张，不吃无来头的药，不管它是西药还是中药中成药或是补药，不要为了吃而吃。为什么要吃？吃了会有什么用？依据在哪里？有可能有哪些副作用？效价比、性价比怎样？记住：决不吃“跟风药”、“糊涂药”。

与其寄希望于不靠谱的吃药，不如切实从一些可以做到的生活细节着手，而恰恰很多人并不重视这些对身体有好处，却毫不神秘的东西。道理大家都懂，关键是很少人去真正做到，或者由于不能看到直接的收益，很多人没有重视，没有切实去执行，比如戒烟限酒，远离街头垃圾食品，饮食要均衡多样化，食材要尽量新鲜，适量运动，维持合适的体重，勿肥胖超重，少熬夜，调整身心，保持健康的心态，别整日心态不平衡，懂得知足，懂得感恩，心态自然平和，注意工作和生活的减压，等等。生活方式的改变是必要的也是必须的，如果连得癌症这种大事都不能对你有所触动，你依旧抽烟，依旧熬夜等等，那就只能说，你真是死不悔改，没得救！

过往的伤痛历史不能忘记，但也不要沉迷其中。不忘记，是为了不让悲剧重演；不沉迷，是因为你得继续前行。



3

好了伤疤，忘了疼

一个人应当好好地安排生活，要使每一刻的时光都有意义。

——屠格涅夫

(一)

雷荣（化名）终于完成了所有的抗肿瘤治疗，手术、放疗、化疗，一路走来，有点跌跌撞撞，很不容易，曾经他想过要放弃，但在妻儿家人以及医生护士的鼓励支持下，最终还是坚持下来了。

雷荣是某大学教授，博士生导师，出过国，留过学，前两年当上了某学院副院长，可谓春风得意，事业如日中天。去年因便血经肠镜检查诊断为直肠癌，有淋巴结转移，分期为Ⅲ期，这个分期还是偏晚的，所以复发的风险也比较高。他进行了手术、放疗和化疗的多学科综合治疗，也就是肿瘤治疗三大治疗手段他都经历了，真有“浴火重生”的感觉。

昨天是他最后一疗程化疗的最后一天，按计划，今天出院，查房后我特地把他叫到办公室给他开具“健康教育”处方（其实是受他妻子之托，希望我能找个机会跟他好好聊聊，让他不要对事业过于执著过度操劳，他妻子的意思是医生的话他更能听得进）。

由于之前我们之间有过好几次随性的聊天式谈话，多少也建立起某种信任，我开门见山：“雷教授，治疗终于算是结束了，怎么样，谈一谈感想？”

“要是说感想，这个可多了。但首先我还得要感谢您一直以来的细心治疗，特别是在我想放弃时给我的鼓励，说实话，好几次我真的想放弃，特别是那个化疗，让人不舒服还是小事，挺一挺就过去了，就是时间确实有点长，经常把我耗在医院，我心里急，学院那边可是有一大堆事等着我。不过，这下总算算是完成了。”

“你看吧，以为有什么更深的感悟感想，原来惦记的还是学院那点事，说句不怕打击你的话，我问你，学院离开你，会垮了？倒了？办不下去了？学术水平或是知名度下降了？招不到学生了？”我自己都被自己说话如此直截了当



吓了一跳，这其实并不符合我的风格，可能是受家属之托，放开了，敢说。

“那倒没有。”

“这不就结了吗？这世界上离开谁都照样转，单位离开谁也照样运行良好，即便你是教授博导院长，本质上也并不是不可或缺的。真正离不开你的人是谁？其实是你的家人，你的妻儿，你的父母，不是吗？这个道理其实用不着我过多说，我只是从医生的角度，给你个提醒，事业要拼，但不要太拼哦。”

“您说得确实对。道理我也确实都懂，但一直以来操心惯了，我就是操心的命，手头一大堆的课题等着完成，如果不能按期结题，我就完蛋了，会失去一切。”

“这个我非常理解，这些东西当然不能放弃，治疗全部结束后本来就可以回归正常的生活和工作，但经过这一次的劫难，说难听一点，也算是死里逃生，有些东西应该要看得开一些看得淡一些，不要再那么不要命的拼了，我之前有跟你爱人聊过，了解过你辉煌的历史，但说实话，你今天所谓的事业成绩，多少也是牺牲健康换来的。如果这次的生病，不能让你有触动，你这个病还真是白得了。当然，不是要你放弃事业，但你得要寻求平衡，不能再像以前那样疯狂一心扑在事业上，长期没日没夜地干，长期熬夜。你的心态应该要有所转变，生活方式也应该要有所改变，不能照旧抽烟、喝酒、熬夜，一切如果还是生病之前的老样子，那肯定不行，迟早还得出问题。重获新生，当然应该有新面貌。您说呢？”

“那是自然，你提醒得极是。其实得病以来我也一直在想这个问题，烟已经戒了，肯定不会再抽了，社交应酬，酒可能难免会喝一点，但我肯定会尽量少喝，熬夜对我来说，可能真的难以避免，但我也肯定会注意，减少熬夜的次数。不能再那么拼了，不过你也知道，做科研压力大，顶着个副院长的头衔，压力就更大，不瞒你说，我这一生病，副院长位置差点就保不住了，这总算是熬到化疗结束了，要保住这位置，我也不能太放松自己，不然最后恐怕连这博导也得被取消了，你也知道，没课题没论文，只能做一个不受人待见的普通教师。”

“做普通教师不也挺好吗？我也是普通医生，我倒是觉得做个普通医生挺好的，所谓的官职、虚衔，所谓的硕导博导本质上都是浮云。越是普通人，越有时间享受简单的生活。”



“是是，您说的很有道理。那，潘医生，接下来我最应该做什么？”

看得出来，他对我的话在骨子里是不屑一顾的，价值观生活观不一样的人，永远不可能有心灵上的真正交流，各自随缘吧，我只是作为医生的提醒而已，而且这次谈话最主要还是受他妻子之托，让他别太拼了。我这该说的说了，听或不听，当然是他个人的选择。所谓的价值观生活观，是一种融入骨子里的对人生的理解和感悟，对人生价值的思考，与学历高低并无直接关系，是从小慢慢养成的，并不容易改变，甚至是根本无法改变的，哪怕是经历大风大浪。在雷荣看来，人生最重要的就是事业，其实他所谓的事业也不过是官职、职称、虚名而已，各人有各人的追求，无所谓对错。

既然如此，我也就不去做自讨没趣的“好心人”，谈一点实在的吧，人最关心的还是实在的东西，对“大道理”都是不屑一顾的。既然他问到接下来应该做什么，我说：“由于你刚经历完化疗，还没有度过化疗骨髓抑制期，还要继续监测血常规的变化情况，大约三四个星期以后，多数人的血常规就基本稳下来，再出现明显下降的可能性不大。后续就是继续定期随访复查，而且是终生的。你办了出院后，会拿到出院小结，上面会有较详细的交代，有什么疑问可以来找我。要保存好这个出院小结，记得跟我们保持联系。”

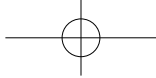
雷荣走后，我陷入沉思。到底什么才是人生该追求的东西？我们活着又到底是为了什么？什么才是人生最重要的东西？也许这个问题没有所谓的终极标准答案，但有一点是可以肯定的，不同的人生选择，决定着不同的命运走向。

（二）

刚过完40岁生日的魏媛媛（化名），查出得了乳腺癌，所幸是早期。

她一直未婚，是个对自身形象极度注重的人，保乳意愿强烈，她的乳腺癌本身也符合保乳条件，于是她做了保乳手术，术后通过熟人找到我，给她安排了术后的进一步辅助治疗，包括化疗和放疗。整个治疗过程还算是很顺利，由于她的激素受体ER/PR均为阴性，Her-2也是阴性，所以不必进行靶向药物和内分泌治疗，化放疗结束后，然后定期随访复查。

“三阴性乳腺癌”，从生物学行为来看，并不是一个预后好的类型，因此，我反复交代她要按时返院随访复查。开始两次她还是按时来复查随访了，



连续两次的检查结果都正常，可能正是由于这个原因，她放松了警惕，自此没有再联系过我，哪怕只是到门诊找我看一看也没有。曾经打电话追问过她为什么没有按时来医院复查，她满口答应安排时间来，但始终还是没来。医生的工作太忙，不可能一直记着某个病人，慢慢地我也就作罢，毕竟我只能建议，没法强求，自己的身体还是要靠自己负责。

两年后，她突然出现在我面前，坦白说，她几乎快从我的记忆中淡出了。

让我感到突然的不仅仅是她事隔两年的再次出现，而是她这次是坐着轮椅由父母推送来的。她气喘得明显，我心里一惊：天啦！这是什么情况？怎么一下子这样了？我脑子快速转动：乳腺癌复发？肺转移胸膜转移？抑或是其他心肺疾病？但直觉告诉我，她复发了！

我快速简单地询问了病史情况，并进行了重点有针对性的查体，听诊只有上肺可闻及较微弱的呼吸音，双肺叩诊明显浊音，可以判定双侧有大量胸腔积液（也就是“胸水”），这是导致她气喘的直接原因。至于导致胸水的原因还需要进一步检查，作为肿瘤专科医生，加上她的乳腺癌病史，首先当然要考虑排除乳腺癌复发肺转移胸膜转移可能。我安排她先急诊入院，当务之急是快速缓解她的气喘症状，后续根据检查情况，在必要时请呼吸科或心内科会诊排除心肺疾病。

吸氧，支持治疗，胸膜腔穿刺抽胸水，送胸水常规生化以及细胞学检查……经过一系列的诊疗措施，她的气喘症状有所缓解，而胸水细胞学检查结果回报找到腺癌细胞。在病情有所稳定后，给安排进一步的检查，CT提示肺和胸膜多发转移，骨ECT扫描也提示肋骨和胸椎多发转移，整个病情是崩塌式复发。

我追问她的父母，到底这几年她去哪了？为什么不肯来复查随访？原来，果然如我所猜测的，在前两次检查没问题后，她认为不会再有事，本来她得这个病除了父母，没有更多的人知晓，所以她一直是抱着隐瞒的心态，不想再来医院，从内心里也排斥医院。

她一直就是一个特别爱美特别注重外表形象的人，后来，为了追求所谓的美丽，她参加了一个健美培训机构的减肥计划，其实，她不算太胖。她向教练隐瞒了癌症病史。进行疯狂式减肥、节食，大运动量的所谓健身，体重显著减下来了，但身体也虚弱了，半年前开始感觉累，有时胸闷，但认为是健身运动



累的缘故，没有重视。直到气都喘不过来，直到人倒下来，方才想起我，想起医生。

中国人是不到不舒服不会找医生，这个理念得改改了。我这样一说，有的人会说，没有不舒服难道还找医生啊？你们医生就是想着赚我们的钱吧？这就是很多人的可怜可悲的思维。想要省钱，其实反而应该早看医生。

好了伤疤忘了疼，注定要再次付出代价，重蹈覆辙。人，也许真要死到临头才能悔改，但到那时却可能已经没有机会了！



4

吃，原本就不是个问题

研究生活的人才能从生活中得到教训。

——克柳切夫斯基

“医生，鸡蛋可以吃吗？”、“医生，海鲜可以吃吗？”、“医生，牛奶可以喝吗？”、“医生……”诸如此类，无论是微博网络，还是现实医疗工作中，我几乎每天都要应对这类咨询，同样的或类似的问题，每天被问，每天都在不厌其烦地重复回答。

中国人很讲究吃，也讲究忌口。民以食为天，吃当然要讲究。那么得了癌症到底该怎样吃？有没有什么讲究？癌症病人到底要不要忌口？

关于这个问题，可能一百个人有一百个答案，因为相关的研究并不充分，很多研究结果也相互矛盾，“公说公有理，婆说婆有理”，缺乏所谓的标准说法。尽管有很多相关的科普书籍，特别是很多营养专家的营养之道，这些当然都可以作为参考。但我的观点是，对癌症病人来说，饮食当然要恰当讲究，但不要弄得过于复杂，分散有限的精力，有时还会把人弄得很累，不知所措。天天花那么多的时间折腾这个能不能吃，那个吃了能不能抗癌，还有所谓的防癌抗癌食谱，在我看来，多数并不靠谱，但老百姓却十分信这个，所以这种饮食讲究很有市场，由此对老百姓的误导也很深。

在每天应对的癌症病人和家属的咨询中，问得最多的一个问题就是，某某东西能不能吃？其实除了极少数的特殊情况或者合并某些特殊疾病比如糖尿病、高血压、肾病等，癌症病人多数食品是可以吃的，关键是既不要“偏”也不要“过”，要掌握度，所谓的“不好”食品也只是相对的，不要偏食，均衡最重要。

一句话，要辩证地看待癌症患者的饮食安排，不能走极端。

为什么中国老百姓最喜欢问关于“吃”的问题？因为中国的传统医学中医最讲究饮食忌口，老百姓也最流行生病要忌口，而西医不太讲究忌口，认为想吃什么就吃什么（当然也不是乱吃）。其实无论是中医还是西医说得都有道



理，所以应该综合中医和西医的观点，也就是说，癌症病人应该要恰当对饮食有所讲究，要有合理的膳食选择，但没有必要严格忌口，特别是在癌症治疗期间更是如此。饮食均衡、科学搭配才是关键，这样才能既保证身体所需营养的供应，又有利于病情得到控制。

那么是不是说癌症病人饮食不需要忌口？当然不能这样说，一般性忌口还是要的，比如当然要戒烟，最好是不要饮酒，辛辣刺激油腻的食物、油炸烧烤食物等要少吃，最好是不吃，这种忌口还是需要的。其他的日常饮食不必过于讲究这个不要吃那个不要吃，或者天天所谓的补品不离口。

癌症病人的饮食要均衡多样化，要照顾到配合治疗的需要。对于正在癌症治疗的病人，由于多方面的因素，包括手术后可能身体比较虚弱、化放疗导致的恶心呕吐或食欲下降，为了恢复体力，在均衡多样化饮食的基础上可能需要针对性的特别营养要求，建议根据当时的身体情况，多听从主管医生的意见，而不要想当然或者听信传言这个不能吃那个不能吃，最后可吃的东西所剩不多，导致营养不足，影响身体对化疗放疗的耐受力。

对于已经结束治疗进入随访复查阶段的癌症病人，除非有特殊情况（比如糖尿病），饮食方面可以跟其他健康人一样，不必折腾得太复杂，不必天天纠结吃什么好、什么能吃什么不能吃，累死人，这种纠结带来的心理烦躁对疾病的康复只会起负面影响。

很多人看起来关注怎么吃，其实他的所谓关注只是限于无休无止的纠结中，完全是心态和逻辑理解力出了问题。该吃的不吃、可以正常吃的吃得太少，偏食严重；不该吃的却偏要吃、不必要吃的吃得很多，跟风，盲从，迷信“高大上”，推崇稀有贵重之物。

据我的观察，有的人的确是逻辑出了问题，简单的问题不会辩证分析思考。你得有自己基本的分析判断，有基本的逻辑思考分析能力，不要一听有人说吃这个好，然后无节制地多吃，哪天又听另一个人说吃那个好，于是又开始吃那个东西吃得多，你这是要闹哪样？

有些所谓吃了对身体“好”的补食，吃多了也可能有害，至少会影响你的营养均衡，吃多了某些东西就必然会挤占你吃其他东西的空间，顾此而失彼。有些吃了对身体“不好”的东西，其实偶尔少量吃一点也无妨（当然明显吃了对身体有害的东西，能不吃还是尽量不吃），就致癌方面来说，致癌效应是累



积性的，最怕就是长期大量吃，形成习惯，有一句很经典的话：离开剂量谈毒性都是耍流氓。

有的人就是喜欢问“这个能不能吃、那个能不能吃”之类的问题，我要是回答“可以吃”，于是她开始毫无顾忌的吃，甚至猛吃，吃饭你也不能餐餐吃太饱，知道么，亲爱的！我要是回答不能吃或最好不要吃，于是她就开始把它视为一生的禁区，碰到不敢碰，似乎一碰就会得癌症或者认为会导致癌症复发，把事情简单化。

我最烦听到：“有人说”、“听人说”。这个“有人”到底是谁？你得追问这个“有人”而不是我，你如果连这个“有人”都不知道是谁，那你还在乎它干什么？不要理它。如果你知道这个“有人”是谁，比如你的某个家人，或邻居，或所谓的“好心人”，甚至某个“医生”，那你就问他原因是什么？依据是什么？如果他回答不上来，那也不要理会这些所谓的讲究。当然，原则还是我上面说过的，不要走极端，不要一说可以吃就胡吃海吃，一说不能吃，就碰都不敢碰，好像偶尔吃了一点就会马上死似的。

遇到问题，先自己分析思考一下，不要动不动问，动不动跟风，动不动“听人说”，就是没有自己独立的分析和思考，很多问题与医学无关，是逻辑问题。

再送一句话：能吃吃的东西，不吃不能吃的东西。这看起来似乎纯属废话，但其实废话里面有逻辑，自己多想想其中的道理。补充一句：能不能别折腾那些个所谓的稀有珍贵之物！实在钱太多，就去做做慈善，或其他更有意义的事。另外，所谓的稀有珍贵之物，多数可能是珍稀动植物，能不能手下留情？！

当然对癌症病人来说一些细节还是要注意的，比如要吃易消化的食物，其实想一想，关键的问题其实并不是某某东西能不能吃的问题，而是病人是否能吃得下、想不想吃？吃不下，不想吃，一切都是白搭。这个时候应该以“能不能吃得下”、“他想吃什么”为主要考量，如果你还在问“某某东西能不能吃？”那是什么意思？他想吃的东西你不给他吃，他不想吃的所谓珍稀之物或补品你拼着命给他吃，他不想吃也逼着他吃，吃着想吐也要吃，把食物当药来吃，美其名曰为提高免疫力，吃了会吐的东西提高什么免疫力？我的天啦，这简直是没有人性。



我的观点是：只要是能吃的、菜市场能买到的日常食物品种基本都可以吃，均衡多样化，把重点放在烹调的技巧和做法上，做得色香味齐全些，勾起病人的食欲，做得易消化一些。特别是化疗期间，病人的肠胃功能确实弱一些，一餐不要吃太饱，少量多餐，等等。生病的人如果有特殊的饮食宜忌，医生一般会主动告诉你，如果没有主动告诉，那就表示没有什么特殊要注意的，只要你想吃，只要吃得下，并且注意我上面提到的一些基本原则和细节，就可以了，不必为此太纠结，正常饮食弄得太复杂，累人，天天活在“累人”之中，免疫力也会下降。

你可以关注饮食，关注营养，但不要关注过头，不要纠结，不要为此天天烦恼，那就走向了反面。当然，反复说过，少数疾病确实有饮食宜忌和讲究，这种情况下，你根本不用问，医生会主动告诉你，会反复交代你，就怕你不听医生的交代。只要是医生没特别交代的，就不是特殊情况，你就按我以上的原则去吃就行，并且永远记住“均衡”二字，会省不少事，会省了很多烦恼和纠结，别把太多的时间浪费在无意义的纠结上。



5

不花钱的“补身”法

没有人生活在过去，也没有人生活在未来，现在是生命确实占有的唯一形态。

——叔本华

癌症治疗的最终目的之一就是要让癌症病人真正回归社会，正常生活和工作，否则天天躺在床上、像个废人待在家里，治疗的意义何在？

随着癌症治疗水平的不断提高，越来越多的癌症患者得到治愈或者病情控制实现带瘤生存，癌症治疗后的康复越来越受到重视。癌症治疗后的康复，当然首先要得到社会的支持，也就是全社会要形成不歧视癌症病人的氛围，更要摒弃所谓的“癌症会传染”、“得过癌症的人会带来霉运”的无知和愚昧观念。癌症是一种慢性病，和高血压、糖尿病一样，只要身体允许，完全可以跟正常人一样生活和工作，无论是身边的亲人家属还是其他的朋友同事，都不要另眼相看，当然特殊情况下必要的恰当的照顾也是可以的。

说归说，有时社会的偏见总是难免的，无知和愚昧永远是存在的。作为病人自己，首先自己要对自己负责，自己相信自己，自己将命运握在自己手中。

不要自己先瞧不起自己，给自己贴上“癌症病人”的标签不肯撕下来，总认为自己是得过癌症的人，感到自卑抬不起头来，或者非要别人特殊照顾（当然如果身体虚弱那是另一回事）。只要身体允许，要尽量回归社会进行正常的生活和工作，这既有利于病情的恢复和控制，也可以让你得到自身价值的体现，有益身心健康。当然，工作要适可而止，要比其他人有更多的关于生活和工作的感悟，远离一些不必要的人事纷争，看淡一些，少一些压力，少一些烦恼，遇事看开一点，保持良好的心态。培养一些兴趣爱好是必要的，会让生活更充实。

有些情况下，必要的康复治疗 and 护理以及功能锻炼也是需要的，比如直肠癌术后的造口护理和康复指导、乳腺癌术后的上肢水肿的护理与治疗、喉癌术后的复声训练以及各种肢体功能障碍的治疗、护理和功能锻炼，建议在专业人士的指导下进行。

需要反复强调的是，回归社会，正常生活和工作，不是要你彻底忘了过



去，定期的随访复查要伴随终生，永远不要忘记。

癌症治疗后的康复另外一个重要方面就是呵护身体免疫力。一提到提升免疫力，很多人就想到要打针吃药，特别是会想到吃中药或补品。当然，某些特殊情况下在医生指导下用一些免疫调节药也是可以考虑的，但不要滥用，事实上多数情况下根本没有必要。

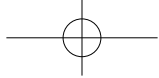
其实，生活中很多简单的可以做到的事就能有助于呵护免疫力，放着不花钱的“补身”之法不要，非要折腾什么补药补品不可取。这些“补身”之法关键是你有没有去付诸行动，能不能做到，做到了就会对你有好处，不是非要打针吃药才觉得踏实，这也是心病，得治。

比如，坚决摒弃不良生活方式，特别是原本可能导致你现在得这种癌症的不良生活方式（吸烟、酗酒、久坐、熬夜等），否则你可能会第二次栽在同一恶习上，那可真是“死不悔改”。生活和工作都不要过劳，不要透支身体，不要太累，更不要经常熬夜，学会劳逸结合，得过癌症的人应该要比一般人更注重身体的保健。

比如，坚持运动，但运动要适量。有的人认为之前得癌症就是因为运动太少，于是现在开始大强度运动，这又是走另一个极端。过量的运动，不仅无益，反而有害。运动要量力而行，要循序渐进，并持之以恒，关键是坚持。

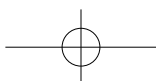
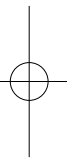
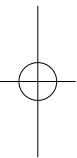
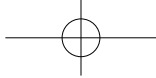
比如，保持合适体重，但不要盲目减肥。有的人听说肥胖容易得癌，而她得的癌可能跟肥胖有关系，于是下决心要远离肥胖，这是可以的，但不是要你过度减肥，特别是那种自虐式的短期内节食加大量运动的狂减几十斤的方式，极可能导致免疫力下降而增加癌症复发风险。

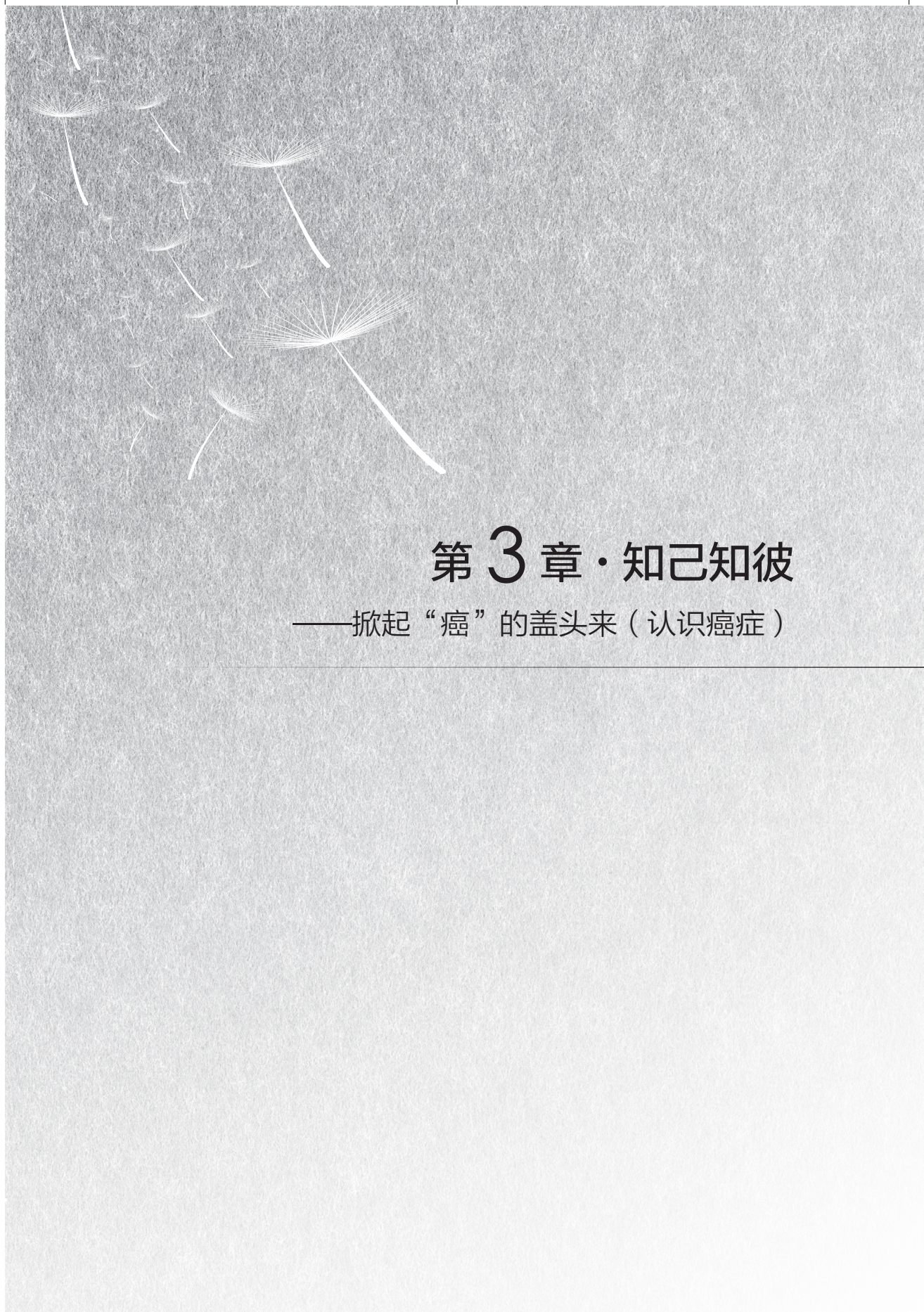
比如，饮食要健康，最关键是要均衡多样化，不要偏食，让身体得到较全面的充足营养。当然，总体以偏清淡饮食为好，注重健康饮食，坚持远离垃圾食品。但不要“补品”不离嘴。中国人很流行吃补品，看望病人、做客送礼都喜欢送补品，多数癌症病人家里会积压很多的补品，一是自家人买来给病人补身子的，二是亲朋好友来看望的时候送的。其实这些补品从某种程度上看根本就是一堆垃圾，既让病人处在一些被过度照顾的错觉中，变得不爱活动，不爱正常吃饭，最关键的是补品也并不能给病人带来多少生理上的获益。除了某些特殊情况下在医生指导下的恰当补充，多数情况下吃所谓的补品完全没必要。



又比如，学会调整身心，这个看起来很虚，其实很重要。活得累，压力大，身累心累就会削弱机体免疫力，而活得累的根本原因就是看不开。癌后新生，更应多一份对人生的感悟。遇事要面对，然后处理，最后要放下，看破了，也就放得下，也才能有真正的自在。癌后新生，新生的不只是身体，更应该是心理。

“补身”之法，其实在你自己，不在打针吃药。





第 3 章 · 知己知彼

——掀起“癌”的盖头来（认识癌症）



1

“癌”的真面目

走上人生的旅途吧。前途很远，也很暗。然而不要怕，不怕的人面前才有路。

—— 鲁迅

(一)

什么是癌症？初识癌症

长期以来，癌症被人为地披上一层神秘且外表看起来让人心生恐惧的外衣，世人普遍都谈癌色变，其根本原因就在于对癌症缺乏最基本的认识。

蔡某是一家公司的主管，30岁出头，夫妻恩爱，家庭幸福。某天在洗澡时无意中摸到右乳房似乎长了个包包，由于有一个闺蜜前不久刚查出得了乳腺癌，而且听说乳腺癌现在越来越常见，越来越年轻化，她感到极度害怕，怀疑自己会不会也得了乳腺癌。她赶快叫来老公，老公仔细摸了摸，也确认是长了包块。乳房上长了包块，夫妻俩都慌神了，抱头痛哭，连续两宿都没睡好（既然这么担心，却还能忍住两天不去医院检查确认，真让人费解！）。第三天，她精神几近崩溃，实在熬不住了，通过熟人找到我。了解情况后我先稳住她的恐慌情绪，告诉她：乳房有包块不是一定就是乳腺癌，可能只是乳腺的良性疾病，不必过度恐慌，即便万一是乳腺癌，早期乳腺癌也是可根治的。目前最重要的就是要进一步检查，明确这个包块的性质是良性还是恶性的。

听我这么一说，她松了口气，但看得出，她仍然不放心。这个当然可以理解，不要说她不放心，作为医生的我，也一样不放心，既然是乳房包块，尽管通过触诊，估计良性的可能性比较大，但仅靠手摸触诊，还不能最终确定诊断，得进一步检查。

最后综合各项检查结果，诊断为乳腺纤维腺瘤。乳腺纤维腺瘤是一种在青年女性中较常见的乳腺良性肿瘤，也就是说，它并不是癌症，真是虚惊一场。当然，这也不等于就可以高枕无忧，从此不管不顾。诊断为乳腺纤维腺瘤，一



般建议手术切除，这是目前唯一最有效的治疗方法，而且切下的肿块必须常规病理检查以排除恶变可能。如果病理检查提示乳腺纤维腺瘤中存在明显的导管上皮增生甚至不典型增生，术后应定期随诊复查。

说这个故事目的是告诉大家，关于癌症的认识误区很多，比如很多人误以为只要身上某个地方长了包块就是得了癌症，认为包块就是肿瘤，认为肿瘤就是癌症，完全弄不清楚癌症到底是怎么回事，只是凭想象，听信传言，每每因此引发不必要的恐慌，无知真害人。

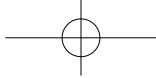
癌症是什么？老百姓似乎不知道，又似乎知道那么一丁点，半懂不懂，似懂非懂，真要认真问起来，压根说不出个所以然来，不知道癌症到底是个什么东东，不然也不会一谈癌就色变。人们对某样东西产生极度恐惧，要么是对它太了解，知道它的可怕之处，要么是根本不了解它，对其缺乏基本认识，人们总是敬仰或害怕未知的东西，当然也可能因为缺乏了解，所以反倒不害怕，所谓无知者无畏。

谈癌色变正是这两方面因素导致的：一方面是因为癌症确实有让人害怕的一面，另一方面也是因为人们对癌症缺乏最基本的认识。可问题是，人们往往只知道癌症的可怕之处，却并不知道癌症其实没有想象中的那样可怕。

想要谈癌不色变，要从认识“什么是癌症”开始。

那么到底什么是“癌症”呢？癌症，其实是一种民间的通俗叫法，它实际上泛指所有的恶性肿瘤，英文名为cancer（癌症）。cancer这个词的本义是“螃蟹”，我们都知道螃蟹的模样：有很多脚爪子，而且向周围横行伸出，活动时看起来横行霸道极具侵犯性的样子，这用来意指“癌症”实在是再恰当不过。

“癌症”泛指所有“恶性肿瘤”，那“肿瘤”又是指什么呢？医生一般会向你解释说，肿瘤就是人体在各种致癌因素的作用下形成的新生物（就是新长出来的东西），其实说得通俗一点，就是在人体内新长出来的不正常之物，就像是在不良环境刺激下长出来的异类分子。人们往往把身上长了包块说成是长了肿瘤，多数情况下这种说法是对的，因为肿瘤在多数情况下表现为包块的形式，但又不完全对，因为肿瘤有时并不一定形成可见的包块，比如白血病（俗



称血癌），而且包块也并不一定是肿瘤，比如某些炎症也可能形成炎性包块，外伤可能形成血肿，这些都是包块，但它们当然不是肿瘤。

此外，还有一个大家接触比较多的名词就是所谓“占位性病变”，一般在CT、磁共振等影像检查报告中会看到“XX占位性病变”字样。“占位性病变”是一个比肿瘤涵盖内容更广的概念，从字面上就可以知道它指的是额外多出来的一个东西，占据了身体原本某个部位，也就是它占了别人的位置，它本不该在这个地方，这个东西可以是肿瘤（良性或是恶性都可能），事实上很多情况下最后经诊断证实确实是肿瘤，但也可能并不是肿瘤，比如炎症导致的炎性包块、脓肿，出血后形成的血肿，都可以算是“占位性病变”。可见，“占位性病变”只是一个描述性词汇，它最终到底是什么东西，必须要进一步检查才能明确，本质上它不是一个疾病的诊断，你不能说某个人得了“占位病”。

肿瘤按照它的性质可进一步分为良性肿瘤和恶性肿瘤，还有一种介于两者之间的所谓交界性肿瘤。

良性肿瘤，从字面上就可以知道它是一种良性的疾病，良性当然也就是比较好的，至少是不坏的，它的生长速度通常比较缓慢，一般向外膨胀性生长，通常不会侵蚀和破坏邻近组织器官，也不会向远处发生扩散转移，因此它的危害相对较小，不带来严重后果。

但要注意的是，说良性肿瘤危害性比较小，是指良性肿瘤本身的行为是良性的，不具有侵袭性，但如果它长得很大，也可能会压迫邻近组织器官从而影响到这个被压迫的组织器官，由此也可能带来不好的后果，特别是如果它长在身体的要害部位，比如，如果脑袋里长了良性肿瘤，也可能导致严重后果，甚至危及生命，因为脑袋空间有限，尽管良性肿瘤本身没有多少有害性，但它可能会压迫重要的中枢神经，而我们都知，脑袋里的神经中枢是总管全身的司令部，受到压迫可能会出大事，假如压迫到掌管呼吸心跳的生命中枢，可能危及生命。另外还有一点要注意，少数良性肿瘤在一定条件下，可能会恶变为恶性肿瘤，因此也不能掉以轻心。一句话，良性肿瘤是本质上不是坏人，但偶尔可能会做点坏事，或者可能以后变成坏人。

恶性肿瘤，也就是通常人们所说的癌症，很显然它是一种恶性疾病，从字面上就可以知道这不是好东西，所以说它不是好东西，是因为它的生长速度



通常比较快，并且具有侵袭性及向远处扩散和转移的特性，也就是说，它很不老实，不会只待在原地，你如果不管它，它就会向深处、往周围侵犯，直至将它的“种子”转移到远处，在那里生根发芽，也就是所谓的癌症扩散。如果没有得到及时有效的控制，可能会导致病人死亡，也正是因为这一点，所以一直以来人们才普遍谈癌色变，对癌症心存恐惧。

良性肿瘤不在本书讨论的范畴，重点说一下恶性肿瘤，也就是癌症。恶性肿瘤可以进一步从来源上分为两大类：一类是从上皮组织发生的恶性肿瘤，我们称它为癌，比如通常所说的肺癌、乳腺癌、胃癌、结肠癌等，大多数我们所说的所谓癌症（恶性肿瘤）指的是这类上皮组织来源的癌；另一类比较少见的是从间胚叶或结缔组织（肌肉、血管骨骼、结缔组织）发生的恶性肿瘤，我们称它为肉瘤，比如骨肉瘤、血管肉瘤、平滑肌肉瘤等。这些癌和肉瘤字眼，很多人经常听说过或者在诊断报告中看到过，但往往不知道怎么回事，听着也是一头雾水，可见了解一些关于癌症的基本概念非常有必要，会有助于你在现实生活中更好地和医生沟通病情、参与商讨诊治方案，同时也能帮助你更好地理解本书说到的知识，这其实是民众应该要具备的基本医学素养。

细心的读者会发现：癌是指从上皮组织发生的恶性肿瘤，而癌症又是泛指所有恶性肿瘤，恶性肿瘤又包括癌和肉瘤，到底谁是谁啊？唉，真难理解！本来有点清晰起来的思路似乎又变得模糊了。别急！学东西不能急，要细细体会，要心静，只要静下心来，一点都不会乱，之所以有点乱，可能只是中文翻译惹的祸。

英文Cancer和Carcinoma翻译成中文都是“癌”，前者其实是广义上的癌（Cancer），最好加一个“症”字，也就是翻译成“癌症”，泛指所有“恶性肿瘤”，后者是狭义的癌（Carcinoma），最好不要加“症”字，仅指上皮来源的恶性肿瘤，是具体指某种癌，比如肺癌、乳腺癌等，不要加“症”字，比如不要把肺癌说成肺癌症，这样就不会混淆。肺癌是专指来源支气管肺上皮的癌症，肺癌症是指所有发生在肺部的癌症（恶性肿瘤），发生在肺部的癌症并不一定就是肺癌（再次强调，肺癌专指来源支气管肺上皮的癌症），也可能是肺的肉瘤，肺的淋巴瘤，它们跟我们通常所说的肺癌可不是一回事，治疗也完



全不同。

大家要牢记一点，所谓的癌症是普通民众对恶性肿瘤的一种通俗叫法，如果可以的话，不妨抛弃癌症这个通俗叫法，跟着医生一起称为恶性肿瘤，这样概念就更清晰了，不容易弄混：恶性肿瘤，按组织来源的不同，分为癌（上皮组织来源）和肉瘤（间叶组织来源，广义上也包括血液淋巴组织来源的白血病和淋巴瘤）。如此一来，你就知道，当说某人得了癌症，指的是他得了恶性肿瘤，是一种泛指，而如果具体到某个部位的癌症，通常在某个器官组织后面带“癌”或“肉瘤”字，比如肺癌、乳腺癌，比如骨肉瘤、平滑肌肉瘤，它们当然都是恶性肿瘤，用通俗的说法可以说都是癌症。

但有一点必须注意：不是所有的恶性肿瘤，其名称后面都一定会带有癌或肉瘤字样，比如淋巴瘤，尽管没有癌肉瘤字样，但它可不是良性肿瘤，没有所谓良性淋巴瘤之说，它是名副其实的恶性肿瘤。又比如白血病，它可不是一般的病，尽管没有癌字，它是真真正正的恶性肿瘤，当然老百姓会俗称它为血癌。听起来似乎还是有点乱，其实肿瘤的命名问题，涉及很多方面，不必细究。在具体细节上，建议普通民众不要只从字面上进行理解，遇到此类问题一定要咨询肿瘤专科医生，千万不要想当然地望文生义错判病情而延误治疗。

（二）

癌症，从“种子”到“大树”

经常有病人在刚诊断出癌症时，会抱有强烈的自责：唉，就怪这段时间吃太多垃圾食品，或者说，就怪这段时间工作太拼太劳累。这言外之意是，他的这个癌症是这段时间才得的。吃太多垃圾食品，工作太拼太劳累，这个当然不好，长期这样确实有可能增加得癌症的风险，但事实上，癌症不是一日长成的，在明确诊断为癌症之前，其实它已经在人身上生长了很长一段时间，至少要按年来算，癌症的长成需要好些年、十几年甚至几十年。

有的人可能会问，那为什么我几个月前甚至一个月前检查都没有癌症，几个月或一个月后就诊断出有癌症甚至还可能是晚期？其实这个很好理解，癌症在生长、在发展，一开始它可以静悄悄地进行，就像坏人，它在被抓住之前，



已经在暗地里做坏事很久了，只是没有发现它，或者现有的技术手段无法在早期发现它，这正是医学的局限性所在。

那为什么后来就能发现和诊断呢？只要是癌症，从它恶变的那一天起，如果没有被阻断，它就不会停下发展的脚步，或快或慢，迟早有一天，它终会显山露水，会让你不舒服，促使你去检查，或者你并没有不舒服而主动去检查，然后查出癌症，或者它其实一直在悄悄发展，这段时间因为太劳累，免疫力下降，癌症加速了它发展的速度从而开始显露出来。

多数癌症的生长和发展是一个较长期的过程，有着不同的发展阶段。为了让大家更形象地理解，不妨把癌症比作是一棵大树，然后将以下几个概念串联起来，癌症的发展就像是从“种子”到“大树”的长成过程。

首先来看看什么是癌前病变？从字面上就可以很好理解，癌前病变就是恶性肿瘤（癌症）的癌前阶段，也就是说人体细胞已经发生了一定程度的异常改变，不过还没有发展到真正的癌症阶段，仍然不是癌症，有一定的可逆性，它既有可能进一步继续往前发展为真正的癌症，也有可能自行或在采取某些有效的处理措施之后重新恢复到以前的正常状态。癌前病变既然有可能发展为真正的癌，当然要重视，但也不必过度恐慌，不要一听到有一个“癌”字就吓得半死，它只是有可能会发展为癌症，而不是一定会变成癌症。癌前病变就像是大树长成前的“种子阶段”，它还不能称为“树”，把它种在土壤里，只有条件合适，当然有可能长成树，但如果没有适合的条件，或者将种子从土壤里挖出来或进行其他处理，它就不会长成树，或者根本没会长成树。

接下来就是“树苗阶段”，也就是种子已经发芽，已经可以称之为树，当然还只是小树苗，根基还很浅，不会也没有能力向四周和远处播撒种子，这个时候如果想除掉它是很容易的，可以连根拔起，而且可以拔得很彻底，让它没机会再长起，这就是原位癌。原位癌很多人可能会接触到，经常有人咨询：原位癌是不是癌症？它其实不是通常意义上我们所说的癌症，可因为原位癌有一个癌字，很多人仍然吓个半死，全家人跟着一起处于极度恐惧中，其实没必要。所谓的原位癌，通俗地说，就是局限在原位的癌，与我们通常所说的癌症（浸润癌）不同，它还没有往深部间质浸润，不具有明显的侵袭性，预后非常好，通过恰当的治疗（主要是手术），完全可以除掉它，也就是说完全可以治愈。正因为如此，有的商业保险甚至都可能不把这个原位癌归为重大疾病赔付



范畴，因为它确实算不上是重大疾病，它并不会威胁生命，完全可以治好，切掉就好了，也不会花费很多钱。

当树苗继续生长，根基变深，开始枝繁叶茂了，就是真正的“大树”了，生命力已经很强了，这个时候想要除掉它就不会太轻松了，但只要处理及时，仍然有可能将它连根拔起，让它没有机会再长成，但由于它的根系已经很深，在被拔起时，可能还会残留根系，有朝一日可能又重新长起来。就像是癌症的复发，为了减少将来复发的概率，所以很多癌症在做完手术后还要进一步做化疗或放疗，目的就是要继续清除那些手术可能没有切干净的肉眼看不见的残留癌细胞。这个阶段的癌症，就是我们所说的真正的癌症，也就是所谓浸润癌，我们通常说某某癌（比如乳腺癌、肺癌）指的就是浸润癌，一般会省略浸润两字，浸润癌是相对原位癌而言的。从字面上可以理解，浸润表示癌细胞已经从发生部位向更深的地方浸润，它有侵袭性，具有破坏性，在临床分期中通常用T表示，至于T下标的阿拉伯数字，如T1、T2、T3等，是进一步表明浸润的程度。

当长成的大树继续生长，它可能会将它的根系和种子向四周附近延伸播散，在周围再长成新的小树，就像是癌症的区域淋巴结转移。癌症的区域淋巴结转移，指的是癌症原发病灶附近的区域淋巴结转移，如果是远处的非区域淋巴结转移，则归为下面说到的远处转移。区域淋巴结转移（管辖癌症原发地所在处的淋巴引流的那些淋巴结），在临床分期中通常用N表示，在医生给出的诊断中N会下标阿拉伯数字，下标0表示无淋巴结转移，下标为1以上的数字（N1、N2、N3等），表示淋巴转移的部位或数目。

如果条件合适，大树可能借助某些力量比如风力，将它的种子播散到较远处，甚至完全是另一个地方，在另一个地方生根发芽，长成另一棵甚至更多的大树。就像是癌症发生了远处转移，癌症的转移当然不是借助风力而是借助血液循环、淋巴循环、种植播散等。癌症远处转移，也就是我们通常所说的癌症已经晚期，已经转移到远处了，比如肝转移、肺转移、骨转移，也包括远处的非区域淋巴结转移。在临床分期中通常用M表示，下标为0表示无转移（M0），下标是1表示有转移（M1），少数癌种还有下标2（M1、M2）用来区分表示不同的远处脏器转移。



2

有一种伤，是心伤

任何问题都有解决的办法，无法可想的事是没有的。

——爱迪生

(一)

能跟癌症病人一起吃饭吗？

记得有一次到病房巡视病人，有个病人的儿媳妇，神秘秘地把我拉到一边，说私下问我点事，大致是：公公一直跟他们夫妻住在一起，孩子刚5岁，平时公公爱陪孩子玩。这次查出肺癌，担心癌症会传给孩子，于是不让公公带孩子，也悄悄告诉孩子少跟爷爷在一起，她问我还要注意一些什么，是否要让公公单独住。很显然，她并不是向我求证癌症是否会传染，而是在心里已经认定癌症会传染，只是向我进一步了解还有没有其他更多注意事项。

我略带愠色回复她：癌症不会传染！我们肿瘤科的医生天天跟癌症病人打交道，你见过我们躲着防着吗？别再伤害亲人！多给老人一些关心、爱护和照顾！

在微博上也经常有粉丝向我咨询关于癌症会不会传染的问题。

曾经有粉丝问：潘医生，您好！请问癌症到底是否会传染？爷爷癌症晚期，现在一家人依旧吃住在一起？应该怎样对待呢？网上也找不到一个具体的说法。

另一个粉丝问：您好，潘医生，回答一个问题好不？我公公查出肺癌3期，已经做了手术跟化疗，现在咳嗽比较厉害，我想知道要不要碗筷分开使用呢？我有一个5岁的女儿。

对于这些咨询，我都一概明确回复：不必担心，癌症不会传染！

很多人错误地认为癌症会传染，于是对患癌的亲人朋友躲着防着，不敢拥抱，不敢一起吃饭，不敢握手，更有甚者还有不敢长时间待在一起的，礼节性看一眼赶快离开，生怕呆久了传染上癌症，给病人带来身心二重伤害。



癌症会传染，这是一个很流行的误区。作为肿瘤专科医生，我在临床工作中，曾被患者家属很多次的问到过：癌症会不会传染？尽管他们看似是不经意的询问，但事实上他们眼中其实已认定癌症会传染，只是希望从我嘴里得到所谓专业的证实，他们非常担心被患有癌症的亲人或朋友传染。于是，躲着防着，不敢跟病人一起吃饭睡觉握手拥抱，这实在是可笑至极，愚昧至极。和艾滋病人都可以一起握手一起吃饭和拥抱，何况和癌症病人！要这样的话，你让我们这些每天接触癌症病人的医护人员情何以堪？

为什么“癌症会传染”的误区如此普遍？因为在生活中，似乎发现某些地方甚至某个村子里的人特别容易得某种癌症，将范围再缩小，似乎有一种现象，很多家庭里多个成员或者夫妻同时或相继得了某种癌症，这些现象难道不是癌症会传染的明确证据吗？看起来，似乎有理有据，让人不能不信，难怪深入人心。

那癌症到底会不会传染呢？目前为止，还没有充足的证据证明癌症会在人与人之间传染。传染是指某种疾病从某人身上通过某种途径传播给另一人或别一些人身上，也就是传染必须要满足三个最基本的条件，即传染源（也就是具有传染性的源头）、传播的途径渠道（也就是传染需要借助的媒介，比如空气、飞沫、血液等）、易感人群（也就是容易被传染到的人），这三者缺少其中任何一个条件，就不能构成传染病。显而易见，癌症根本不满足这些条件，没听说过也根本没有证据说癌症会通过空气或飞沫以及其他生活接触等途径直接传给另一个人，果真如此的话，肿瘤医院就是传染病医院，肿瘤科就是传染科。

但，某些动物可能会有例外。据报道，北美洲东海岸有一种软壳蛤，会因一种“白血病”成片成片地死去，就像得了瘟疫一样。哥伦比亚大学的研究认为这种软壳蛤所患的白血病具有某种传染性，如果将患有该白血病的软壳蛤的血细胞注入健康的软壳蛤体内，其中的一些软壳蛤就可能会患上白血病。另外，也有研究发现某种肿瘤（面部肿瘤）可以在袋獾间传染（为争夺食物或交配权而相互撕咬）。

人与人之间呢？癌症不会在人与人之间传染。不过曾有研究报道，日本一位年轻母亲把白血病传染给了尚未出生的女儿（胎儿），但并未得到明确证实，只是疑似，因此不能据此认为癌症会在人与人之间传染，而且这是母体与



胎儿之间，根本不必担心日常生活接触会传染癌症。如果担心生活中的接触会传染癌症，那肿瘤科的医生护士比你们任何一个人的风险都要大，医生都不担心，你担什么心？不必杞人忧天。

可这似乎仍不能消除大家的疑惑，因为很多人认为：医生不是说很多癌症是由于病毒和细菌引起的吗？医学上不是已经证实病毒和细菌会传染吗？这不说明癌症会传染吗？

某些癌症的发生确实与某些病毒或细菌有关，比如鼻咽癌与EB病毒有关、乙肝病毒与肝癌有关、宫颈癌与人乳头瘤病毒有关、幽门螺杆菌与胃癌和胃淋巴瘤有关。但必须要知道，上述的病毒或细菌感染只是与某种癌症的发生相关，是癌症发生的可能病因，要说传染，只能说这些病毒或细菌会传染，而不是癌症本身会传染。更何况，即便感染了这些病毒细菌也不是一定会得某种癌症。事实上这些病毒或细菌在人群中的感染率非常高，而多数人最终并不会因此而癌症，因为这些病毒或细菌而得癌症的人仍是少数。比如，人乳头瘤病毒感染其实很常见，胃幽门螺杆菌感染在人群中也很常见，不必因此恐慌，感染了这些细菌或病毒的人最终会不会得癌症还取决于其他因素，比如基因易感性，或其他不良生活方式。

如果你非要说这也算传染，为了让你明白，那我给你打个比方吧。吸烟容易得肺癌，吸烟的人除了自己更容易得癌症，他还把抽的烟雾散播给周边人，即所谓二手烟三手烟，这些吸了或接触了二手烟三手烟的人得癌症的风险也因此增加，那你会认为他把肺癌传染给你了吗？当然不是，如果你非要把这个也认为是癌症传染，那我就无话可说。真这样的话，那你不应该是不接触癌症病人，而应该远离那些吸烟的人，因为他们可能直接或间接伤害你，已经得了癌症的人不会将癌细胞传给你。

目前世界上没有任何一个国家将癌症列为传染病，而且你肯定观察到这样一个现象：肿瘤科医生在对癌症病人进行诊疗活动时根本不会采取隔离防护措施，有时医生在诊疗活动中戴口罩只是出于其他的医疗需要，根本不是为了防癌症，任何专业的医生在进行某些诊疗操作时都要戴口罩帽子，而且要洗手，这是诊疗规范需要，就像我们吃饭前应该要洗手一样。

真相是：生活在同一地区或同一家庭的人更容易患某一种癌症，表面上看



起来癌症似乎有传染嫌疑，但其实这种所谓的癌症传染只是相同或相似环境所致，也就是他们生活在相同或相似的致癌环境中，同一地区有着相似生活方式或经受同样的环境污染，夫妻或家庭中的成员有着高度相似的生活方式和习惯，这些不良的生活方式或习惯或环境污染等因素，正是导致癌症发生的重要因素。不是癌症会传染，而是他们暴露在相同或相似的致癌环境中，从而相对集中地发病得癌。如果非要说传染，某种意义上是家人之间的不良生活方式的传染（相互影响），直白一点说，学坏了，比如父亲抽烟，儿子学他，把这个坏习惯传给了儿子，父亲抽烟容易得癌症，儿子因为受父亲不良影响而学父亲抽烟，将来当然也更容易得癌症，而即便儿子不吸烟，也吸了父亲的二手烟，自然得癌的概率会更高。又比如，一家人都喜欢吃咸食烫食，家庭成员相互影响，形成相似的生活和饮食方式，从而增加得同一种癌症的概率。当然，有血缘关系的亲人，集中容易得某种癌症，也可能同时有遗传因素在其中起作用，这个是另一回事，后面再说，遗传与传染是两码事。

很多人可能还不死心，或者仍是不明白，干脆直接问：你别那么多废话，我就问你，家里有癌症病人到底要不要碗筷分开使用？对于这个问题，答案是：建议尽量分开使用！但这与所谓的担心癌症传染没有任何关系，而是从卫生角度就应该要尽量碗筷分开使用，家里没有癌症病人，也应该这样做，特别是孩子，难道你家里小孩子没有他/她专用的碗筷以及毛巾牙刷等日常用品？当然，如果你实在属于不注意卫生的那一类人或者有些农村地区或家里条件做不到这些卫生讲究，那也根本不用担心传染癌症，倒应该更多担心传染其他疾病。所以，不要扯上癌症。不管家中有没有癌症病人，碗筷毛巾牙刷等个人生活和饮食品都建议尽量一人一用，专人专用，这是从卫生讲究的角度出发，跟癌症传染没有半毛钱关系。

请大家切记，如果您的爱人、家人或亲朋好友不幸得了癌症，请多抽出时间陪陪他们，一起吃饭，握手，拥抱……给予你的爱，不要歧视，多给他们细心的呵护和照顾护理，不要防着躲着，别在他们的伤口上撒盐，别给他们带来双重的身心伤害。



(二)

能嫁或娶家里有人得过癌症的人吗？

除了所谓的癌症传染，另一个类似的问题也困扰着很多人，那就是：癌症会不会遗传？有的人干脆直接问：男友或女友家里有人得过癌症，要不要跟他/她结婚？将来生的孩子会不会遗传癌症？有的人甚至直接说，癌症是遗传病，不要娶或嫁家里有人得过癌的人。

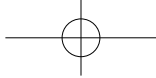
这同样是一个认识误区，不过严格地说，这又算不得是真正的误区，因为这话有些许的道理，但又不完全对，因此有必要科普解释一下。

坦白地说，癌症确实是有遗传倾向的疾病，某些癌症具有家族聚集发生的现象，比如，某人的母亲或姐妹是乳腺癌患者，那么她发生乳腺癌的概率确实可能比一般女性要高。研究发现，具有血缘关系的亲人可能携带有相同的致癌基因，正是这些基因导致她们患癌的概率增加，而基因是遗传物质，可以遗传给下一代。

但必须要明确，所谓的癌症遗传性也只是一种可能性，遗传的只是一种将来可能得癌的倾向和风险，而不是癌症直接从父辈母辈身上传给下一代，因为除了遗传基因因素，多数情况下得不得癌症，外因（环境因素）才是主要原因。其实不只是癌症，很多疾病都有遗传倾向，但最终是否会转化为现实的可能性，取决于后天的生活环境。

某些所谓的“遗传性”癌症只是遗传一种得癌的“风险”倾向，将来是不是真会得癌症，还未知，还取决于后天的环境因素。比如，有肺癌家族史的人，他得肺癌的风险比一般人高一些，但如果他注意得好，不抽烟，生活所在地区的环境也好，也没有各种不良的生活方式，也就是说他的后天环境好，他得癌症的风险甚至可能比那些没有肺癌家族史但一天抽两包烟经常熬夜的人还要低。

另外，真正有明确遗传倾向的癌种其实也并不太多，而即便是具有遗传倾向的癌症，也不是所有的这种癌症都与遗传有关，比如乳腺癌是大家所熟知的有遗传倾向的癌症，但并不是所有的乳腺癌都具有遗传倾向，只是携带某种特定基因的乳腺癌才具有遗传倾向。



某个人家里有人得癌症或曾经有人得过癌症，甚至先后或同时有几个人得癌症，不见得就是这家人是遗传基因有问题，而可能是这家人因为有着相同的不良生活和饮食习惯，生活在相同的不良环境中，跟血缘没关系。比如养子养女，并不是亲生，没有血缘关系，但生活在同一个家庭，有同样的生活和饮食方式，同吸二手烟，那么这个养子养女也同样癌症高发。生活在同一地区的人也可能容易集中得某种癌症（这些生活在同一地区的人可能根本没有直接的血缘关系，很多是各地迁来的移民），为什么会有这个现象？因为这个地区的人有类似的风俗习惯、类似的生活和饮食习惯，可能正是这个类似的环境因素导致某种癌症集中在这个地区发生。一个地区是这样，一个村庄甚至一个家庭也可能是这样，因此才有所谓的癌症地域分布以及所谓的癌症村、夫妻癌。夫妻先后或同时患癌，显然跟基因没关系，夫妻之间没有血缘关系。

因此，当某个人的家人得过癌症，应该要弄清楚几个问题。首先他的这个家人得癌症，可能完全是偶发的，是因为他的生活方式有问题，因为他的家族只有他一个人得了这种癌症；其次，即便他的家人有两个以上的人得癌症，也很可能是由于有相同的不良生活方式和习惯，这种癌症与遗传根本无关，根本不必因此而不娶或嫁这家的某个健康人。如果家庭有两人以上先后或同时得癌，甚至是同一种癌，必须要反思一下这个家庭的生活和饮食方式，正如有的人全家都长期过咸饮食，或脂肪摄入过多、超重肥胖，一家人的胖子，他们一家人得高血压以及某些癌症的概率当然会更大。

当然，作为尊重知情权和选择权，基于某些癌症确实有遗传的倾向，对于有某种癌症家族史的人，你是否选择与其在一起，那是你个人的权利。但真的没必要过于担心，遗传不是传染，对你这个没有血缘关系的人没有直接影响，而你们两人生育的下一代，尽管比普通人群可能有更高一些的某种癌症发病风险，但只要注意得好，是有可能做到不得癌，甚至由于比其他人有更好的防癌意识，得癌的概率反而可能更低，或者因为更重视早诊筛查，更能做到早发现早诊断早治疗。更何况，现在癌症发病率这么高，如果不注意改变不良生活方式，大的环境得不到改善，不管是谁，得癌的可能性都很大。因此，想要不得癌症，正确认识、科学防治才是根本的王道。

与其关注所谓的癌症会不会遗传，不如扪心自问一下：你是真的爱他/她吗？



3

为何偏偏“癌”上你

人生一世，总有些片断当时看着无关紧要，而事实上却牵动了大局。

——萨克雷

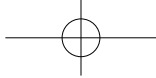
(一)

癌症的“前世”和“今生”

很多人会问：癌症这个东西到底是从哪里来的？它到底是怎样形成的？又是怎样发展的？了解并弄清楚这一点，对癌症的防治就会多一份底气，多一份信心。

关于癌症从何而来的问题，有的人认为癌细胞是从其他人或动物身上传染过来的，也有的人认为癌细胞是从父母亲身上直接传下来的，甚至有的人迷信地认为是上天早就安排的，所以得不得癌症是早就注定好的。显然，这些看法缺乏科学依据，是错误的。其实癌症不过是人体内原本正常的细胞在各种内部和外部的致癌和促癌因素的长期作用下慢慢异化来的。就像一个健康人，长期反复泡在不良的环境中，先是发生一些异常改变，这种改变其实每天都在发生，并没有什么奇怪的，在这些异常改变中，由于人体有强大的修复能力，有的会重新恢复正常，但在某些条件下，有的异常改变会逐渐累积起来，从而产生累积性的量的改变，当量变到一定程度，势必会发生质的改变，最后就会发生异常增生而形成癌症。就像是一个人身上有缺点毛病并不可怕，可怕的是缺点不能及时得到改正，缺点越积越多，最后就成了真正的坏人，没有人天生就会做出杀人放火的恶事。

癌细胞是从正常细胞变来的，这和坏人是从好人变过来是一样的道理，坏人变坏之前也是好人，但在变坏之后就与好人不同了，癌细胞也一样，是从正常细胞变过来的，但在变成癌细胞后，它在外观的形态上，以及功能代谢上都与正常的细胞有所不同。



弄清了癌症来自哪里的问题，也就是癌症的“前世”问题，接下来说一说癌症是如何发生、形成和发展的，也就是癌症的“今生”问题。

一般认为，癌症的形成是癌细胞单克隆扩增的结果，所谓单克隆，更简单形象地理解就是一个母亲生的，也就是说，某一癌症中的所有癌细胞都是一个突变的异常细胞的后代，癌症由一个单细胞产生，而不是多个细胞发生异常变化的后代组成的，一个细胞癌变了，然后一变二，二变四，四变八，八变十六，……如此不断分裂生出下一代，组成一个癌细胞团，最终形成可见的癌症，癌团中的癌细胞是一个母亲生出来的。当然，癌症并没有这么简单，同一癌症中可能存在不同的克隆细胞团，癌症具有高度的异质性和复杂性。

由正常细胞演变为癌细胞，再到长成可见的癌症，是一个长期的、渐进的多阶段的过程，先是发生异常增生，然后是不典型增生形成癌前病变，再发展为原位癌，再到浸润癌，直至淋巴结转移和远处组织器官转移。这个过程通常至少需要几年、十几年甚至几十年的时间。所以说某某得了癌症，绝不是突然得的，不是说去年没得癌，今年就得了癌症，只能说今年才诊断出癌症，去年还没有诊断出来，癌症在诊断之前已在身体里扎根相当长时间，我们要做的一件极重要之事就是尽可能早地发现癌症，发现癌症的苗头和蛛丝马迹。

癌症在形成的过程中，它不会弄得轰轰烈烈，我们一般并不能觉察到，我们能觉察到的只是已经形成的癌症包块或者它产生不良后果让我们感到不舒服了这个结果。其实在癌症的形成过程中，机体内部悄然发生了一系列的“战争”，也就是人体免疫机制与致癌因子斗争，也可以说是正义与邪恶的较量，当正义战了上风，邪恶就会被消灭掉，至少不能作怪，也就不会得癌，你根本不知道你的身体内曾经发生过这样的“战争”，其实我们每个人的体内，都可能曾经发生或现在正在发生这样的“战争”。一旦哪天由于某些因素，邪恶占了上风，就会破坏正义，慢慢也就形成了癌症。

癌症不是外来的，也不是短期形成的，它的形成和发展是一个长期多步骤的逐渐的过程。其实这也为我们进行癌症的防治提供了足够的时间和机会，只要及时采取恰当的措施，在恰当的阶段，进行有效的干预和处置，癌症是可以预防的，也是可能治愈的，至少是可控的。怕就怕一再错失机会，任由癌症发生发展，长成“参天大树”，任由坏蛋分子逍遥法外不断发展势力范围，到那个时候就为时已晚。



(二)

癌症原来是这样得来的

是什么原因导致癌症从正常细胞异变成癌细胞？癌症的病因其实非常复杂，一种致癌因素可能导致多种癌症，而一种癌症又可能有多种致癌因素。

关于癌症的病因，坦白地说，截至目前，人类并没有完全弄清楚，因此，离真正的攻克癌症还有相当的距离，还有较远的路要走。但也要知道，人类关于癌症的病因已经有了一些基本的认识，至少有以下一些基本共识。

1. 得癌症的原因不是单一的。也就是说多数情况下不是某一个原因就会导致癌症的发生，而一般是内因和外因多个因素共同作用的结果，也就是所谓的机体自身的因素与外在的环境因素一起作用的结果。比如，吸烟会致肺癌，而事实上导致肺癌的原因除了吸烟还有很多原因，这也就是为什么有的人吸烟不一定会得肺癌而有的人不吸烟却仍得肺癌，吸烟的人不得肺癌，很可能是其他方面做得好或者遗传基因确实可能比较好，不吸烟的人得肺癌，本来他得肺癌的概率应该要小一些，但他可能在其他方面做得并不好。

2. 癌症是生活方式病。多数癌症的病因是外源性的，所谓外源性的，也就是外在环境的，包括客观的大小环境，比如空气、水、食品等，也包括人自身的一些生活方式和习惯，如吸烟、饮酒、不当饮食等，而这些外在环境和不良生活方式是可以通过努力进行改变的，正因为如此，尽管癌症真正的病因并没有弄明白，但多数癌症仍是有可能预防的。

3. 癌症是某种意义上的现代病。尽管癌症古代就有，但那个时候相当少见，只是到了近现代，癌症的发生率才大幅上升，这显然与近现代的工业化发展、人口老龄化、环境受到污染、烟草消费及现代生活方式有密切关系。从某种意义上说，癌症也算是一种现代病，更具体地说是现代环境病、现代生活方式病，比如环境没那么好了，空气没有那么干净了，生活条件好吃得好了，动得少了，竞争激烈了，压力大了，富贵病出来了，认清这一点，也有助于我们更有效更有针对性进行癌症防治。

4. 癌症是基因病。现代医学已经深入到分子基因水平，癌症的研究也不例外，研究表明，多数的环境致癌因素最终都可能是通过影响基因而起作用的，基因与环境的相互作用是癌症发生发展的基本原因，这里说的环境不是光指生



活的可见的大环境，比如空气，而且包括生活方式和饮食习惯等。外在的环境因素或机体内在因素，甚至最近有研究提出的所谓坏运气的随机性偶然因素，最终也是通过导致基因突变，细胞生长失控、异常分裂增生，从而形成癌症。癌症从根上说是人体的基因发生了问题，因此可以说是基因病。

当然，这只是现阶段对癌症病因的一些粗浅认识，随着医学的研究深入和进步，有的认识可能会被修正，甚至被否定，所以要以发展的眼光来看待问题，不要钻牛角尖。

（三）

“癌”，不会无缘无故

任何一件事都不会无缘无故，癌症当然也不例外。到底为什么会得癌？是什么原因导致癌症的发生？有人说，还不主要是因为运气不好，确实有研究认为三分之二的癌症是因为坏运气造成的，但这只是孤立的研究，难于让人信服。所谓运气，也就是偶然性、随机性，我们当然并不否认运气的倒霉成分，但问题的关键是哪个更重要。更大量的研究显示，多数（至少三分之二以上）癌症风险来源外部因素，由于运气不好而得癌症的人只占很小的一部分，我们应该更多的将得癌症的原因归结为环境因素，比如吸烟，长期吸烟的人得癌症的风险会明显升高，这当然不能归罪于运气不好。得癌症，有时看似偶然，看似随机，看似运气不好，其实偶然中藏着必然，这个必然指的就是各种环境致癌因素，包括不良生活方式。

导致癌症发生的原因，归结起来，无外乎两大方面，一是外因（外在的环境因素），二是内因（个体自身的因素）。外在的环境因素可以进一步分为三个方面，也就是化学致癌因素、物理致癌因素、生物致癌因素。机体内在的因素包括精神情绪心理、内分泌失调、营养因素、免疫状态、基因遗传因素等。从本质上说，除基因遗传因素外，精神情绪心理、内分泌失调、营养因素、免疫状态等也可归结为外在的环境因素，所有这些外在环境因素，最终可能通过导致基因的某种改变使细胞发生异变，从而致癌。

以下从更具体实用的角度说一说导致癌症发生的重要因素，其中有的有较



为充分的研究证据支持，有的研究证据还不充分，有的甚至存在明显的争议或相互矛盾和混乱之处，因此，以下内容不要带着“钻牛角尖”的挑刺心态去理解，仅供大家参考。

导致癌症发生的危险因素之环境污染

环境污染是癌症发生的罪魁祸首，至少是之一，经济的高速发展和社会的快速进步，当然让我们从中受益，但发展和进步似乎越来越以牺牲环境为代价，人类对环境肆无忌惮的破坏，造成了空气污染、水污染和食品污染，而空气、水和食品是人类生活最基本的必需物质，世界范围内癌症呈现泛滥成灾的趋势，有人甚至于认为癌症是文明时代的文明病。

环境污染基本是人为的，空气污染、PM 2.5、吸烟、汽车尾气排放、被污染的食品和水、室内环境污染（特别是越来越流行的装修导致的污染）等等，无不是人为导致的，癌症不是天灾，从某种程度上，癌症是人祸。

癌症村的出现，就是典型的环境污染带来的恶果，是真正的人祸。除了因为有的地方的人特别喜欢烫食或直接饮用烫茶，或者喜欢吃陈年泡菜，或腌制食品而导致这个村子某种癌症高发，癌症村的形成更重要的还是由于环境污染、工业污染、农业污染、生活污染、饮用水污染。调查发现，癌症村所在地，都不同程度存在各种污染。在农村出现所谓的癌症村，与该地的环境（包括空气、水、土壤等）受到污染有关，而城市人群的癌症特别是肺癌，其发病率明显高于农村，显然也与城市有着更严重的工业和环境污染有关，癌症，甚至可以说是一种环境污染病。

导致癌症发生的危险因素之“吸烟酗酒”

吸烟与癌症的关系不用我多说，众所周知。吸烟会导致肺癌，也会增加口腔癌、喉癌、食管癌、胃癌、膀胱癌等多种癌症的发病率。但仍有人对吸烟不会增加癌症风险持有怀疑，或者抱侥幸心理，因为现实生活中，他们观察到：有的人吸烟并没有得癌症，而有的人没有吸烟，却得了癌症，这怎么解释？

这根本就是逻辑问题，其实很好解释。吸烟增加的是得癌症的概率，并不是说吸烟就一定会得癌症，癌症的发生是多因素作用的结果，一个人是否会得



癌，除了吸烟，还有其他多方面的因素，降低或减少或避免接触其中的任何一个因素，其患癌的概率会下降。

吸烟与癌症，特别是与肺癌的关系已经被大量的事实所证明，这是不用怀疑的，吸烟已经是全世界公认的肺癌重要原因之一，烟草使用是最重大的致癌风险因素。烟草中含有很多致癌物，其中能直接引起癌症的就有几十种之多。

还有二手烟问题。国外曾有人做过研究，如果某人吸烟，那么家庭其他成员得癌症的概率比那些家里没有人吸烟的家庭成员要高一倍左右。而如果这个家庭有两个以上成员吸烟，其他家庭成员得癌症的概率会更高，受害最大的是儿童。吸烟真是害己又害人！

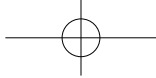
接着说说饮酒与癌症的关系问题。

2002年世界卫生组织发布癌症监控报告，指出“要重视饮食，关注酒精在致癌中的作用”，告诫人们酒会致癌。研究表明，长期酗酒主要与消化道癌症（如肝癌、食管癌、贲门癌、胃癌、口腔癌及咽喉癌）的发生有很大的关系。酗酒者患这些癌症的概率要明显高于非酗酒者，酗酒女性的乳腺癌发病率也明显高于无酗酒的女性，而且似乎酗酒的持续时间、饮酒的量、酒精的烈度等与患癌的概率有一定的正比关系。

酗酒为什么会导导致患癌概率增加？拿肝癌来说吧，长期过量饮酒，肝细胞参与酒精代谢，长期酗酒会导致酒精性肝硬化，其中部分肝硬化患者可能会转变为肝癌。另外，由于有的致癌物多数难溶于水，但可以溶于有机溶剂中，而酒精是有机溶剂，从而为某些脂溶性致癌物提供了很好的载体，有利于其进入人体组织被吸收，从而增加外来致癌物致癌的机会。此外，酒精还可能会提高体内某些可以激活致癌物的活化酶的活性。还有研究显示，酒精及其代谢产物可直接使细胞发生基因突变，长期酗酒势必增加这种基因突变的概率。

饮酒与吸烟有双重致癌效应。

饮酒还与吸烟有协同致癌效应，像口腔癌、咽喉癌、食管癌、胃癌等的发生，既与过量饮酒有关，也与长期吸烟相关。饮酒为什么与吸烟有协同致癌效应？烟雾和酒精对口腔、咽喉、食管、胃等的上皮组织既会带来直接伤害，而酒精作为一种有机溶剂，还会促进烟雾中某些化学致癌物更好地进入机体组织



并释放出来产生致癌效应。既吸烟又酗酒，雪上加霜，癌症不找你找谁？因此，烟一定要戒，酒一定要限量。

导致癌症发生的危险因素之辐射暴露

辐射暴露包括电离辐射暴露和非电离辐射暴露，它们都属于物理性的致癌因素，主要包括X射线、 γ 射线等高能电磁波辐射， α 粒子、 β 粒子、质子、中子等高能粒子流辐射，以及紫外线照射。

第二次世界大战后期，美国在日本的广岛和长崎投下两颗原子弹，其辐射效应一直延续至今，当地居民多种癌症高发，尤其是白血病、甲状腺癌、肺癌、皮肤癌等。另外，核电站的核泄漏事故，导致放射性物质泄漏，由于多数放射性物质的半衰期比较长，核辐射会持续多年，甚至几百上千年，而且其带来的危害短期内可能看不出来，受核辐射的地区，其癌症的发病率会明显增加。比如，前苏联切尔诺贝利核电站爆炸事故导致放射性核素泄漏，长久存在的辐射导致罹患癌症、神经系统疾病和遗传突变的人口逐年增加。

有人顾虑做X光检查、CT检查会引发癌症，这个有道理吗？其实关键还在于接受的照射的剂量。用于疾病诊断的X光检查、CT检查，通常剂量很低，而且不是长年接受照射。你一旦离开X光或CT检查室，辐射就立即消失，它不会残留在人体内，因此常规的X线和CT等医疗检查，引发癌症的可能性是极低的，不必过于担心。

其实大部分的致癌因素，其致癌效应需要长时间的剂量累积，正所谓“离开剂量谈毒性都是耍流氓”，长期暴露有可能增加罹患癌症的风险。

人们对辐射致癌比较关注和重视，相比而言，对紫外线暴露则似乎重视不够，因为太阳光是生活中紫外线辐射的主要来源，而阳光是生命的必需物质，生命岂能缺少阳光？诚然，阳光给人类带来的益处多多，但再好的东西也不能过量，生活离不开阳光，但也不能将身体过于暴露于阳光中。长期大量的紫外光照射会导致皮肤癌、恶性黑色素瘤等的发生率增加。欧美白种人有日光浴习惯，这也是白种人的皮肤癌和黑色素瘤高发的重要原因之一，而黑色和黄色人种则皮肤癌相对低发。不要过度长期暴露于阳光之下，过犹不及，小心得癌。

还有一个大家关心的问题：手机辐射会不会致癌？国际癌症研究机构（IARC）将手机辐射定为2B级致癌物，即人类可能致癌物，也就是说目前相



关的研究证据还非常有限，尚不能认为手机辐射会致癌，但也不能排除这种可能。所以使用手机免提、耳机和尽量减少手机使用时间永远是值得提倡的，至少是没有坏处的。

导致癌症发生的危险因素之细菌病毒感染

研究发现，某些病毒和细菌可能与某些癌症的发生密切相关。

乙型肝炎病毒（HBV）感染会增加肝癌的发生概率，这已是明确结论。乙肝病毒感染率比较高的国家和地区，那里的肝癌一般也比较高发，中国的乙肝病毒感染率高，据统计全球3.5亿乙肝病毒携带者有将近三分之一是中国人，这也与中国的肝癌发病率较高有关系。事实上，多数的肝癌患者确实有乙肝病史，或者携带乙肝病毒，是乙肝病毒携带者。乙肝病毒的传播主要是通过血液、性接触、母婴垂直传播等途径，日常生活接触，比如握手、共餐、接吻等一般都不会传染乙肝病毒。防控乙肝病毒感染可以有效降低肝癌的发生率。

丙型肝炎病毒（HCV）也与肝癌的发生有较密切关系。感染丙肝的人相对感染乙肝的人要少，因此丙肝病毒导致的肝癌要少一些，丙肝病毒感染相关的肝癌更多地在那里乙肝病毒感染率较低的国家。丙肝主要是通过血液传播，比如不合规的献血和输血，毒品注射。

Epstein-Barr病毒（EB病毒）也与多种癌症的发病有关，比如鼻咽癌、多种淋巴瘤（包括Burkitt's淋巴瘤、原发性中枢神经系统淋巴瘤、鼻型NK/T细胞淋巴瘤、霍奇金淋巴瘤等）、胃腺癌、大肠癌、乳腺癌、肺癌等，其中研究最多也是最为明确的是EB病毒与鼻咽癌和Burkitt's淋巴瘤的关系。

还有一个较为明确的是人乳头状瘤病毒（HPV）与宫颈癌的关系。人乳头状瘤病毒（主要是其中的高危亚型HPV16和HPV18）感染会显著增加得宫颈癌的风险，也就是说，感染人乳头状瘤病毒的女性比没有感染的女性得宫颈癌的可能性明显增加。当然，这并不是说感染人乳头状瘤病毒就一定会患宫颈癌，事实上，多数女性在其一生中的某个阶段都可能会感染人乳头状瘤病毒，但只有其中的较少部分感染者会得宫颈癌。显然，感染人乳头状瘤病毒的女性，更要注意定期进行宫颈癌筛查。目前已研发人乳头状瘤病毒疫苗用于宫颈癌预防。另外，肛门癌、外阴阴道、阴茎和口咽癌也可能与人乳头状瘤病毒感染有一定的关系。



除了病毒，某些细菌也与癌症的发生相关，其中最为明确的也是最有代表性的就是幽门螺杆菌（Hp）与胃癌、胃淋巴瘤的关系。幽门螺杆菌感染非常普遍，全世界至少有一半以上的人胃中可检测出幽门螺杆菌，而且贫穷地经济欠发达地区、发展中国家人群感染率高于发达国家和富裕地区。幽门螺杆菌感染主要导致胃癌和胃淋巴瘤的发生增加，幽门螺杆菌是世界卫生组织确定的胃癌一级致癌因子，同时也与胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤的发病有关。防治幽门螺杆菌感染有助于降低胃炎、胃及十二指肠溃疡、胃癌等的发病率，而且抗幽门螺杆菌治疗可作为治疗胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤的重要方法之一。

导致癌症发生的危险因素之缺乏运动

久坐不动、懒得运动越来越成为现代都市人的通病。据世界卫生组织报告，目前全球每年因缺乏运动锻炼带来的相关死亡人数高达320万，其中也包括因患癌症而导致的死亡。

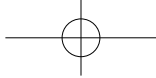
虽然还没有充足确切的证据支持运动可以有效防癌，但缺乏运动、久坐会增加得癌症的风险，这个是有研究数据支持的。据德国的一项研究显示，久坐可能增加某些癌症的发病风险。另外，久坐者由于运动量的减少，容易带来肥胖问题，而肥胖和超重会增加乳腺癌、子宫内膜癌、结直肠癌等的发病风险，甚至有人预言，将来肥胖可能是致癌第一大因素。

一动不动，百病侵。久坐伤身，久坐伤神。快节奏的现代生活让人喘不过气来，没时间、没精力、也没精神没兴趣参加运动，运动越来越成为一种奢侈品。身体健康的时候不懂得珍惜健康，等得病了才发现健康的可贵，才想到要运动。当然，由于工作的关系，想抽出大把的时间运动也确实较难做到，但至少要做到不久坐。一坐一上午，甚至一坐一整天，是所谓的白领生活，有的人不但久坐，还有其他不良生活方式，比如熬夜、吃垃圾食品等，长期泡在这样的生活方式中，得癌症一点都不奇怪，不得癌症只是幸运而已。

导致癌症发生的危险因素之不当饮食

不当饮食主要包括两大方面，一是饮食结构不合理，二是不良饮食习惯。有时是这两方面因素的混合，而且会相互影响。

饮食结构不合理，在以前是由于营养缺乏，是贫穷病，而在现在，则是营



养过剩，是富贵病，不当的饮食习惯和生活方式，同样可能会缺乏某些营养素，在过剩中有不足。

过去几十年间我国癌症总的变化趋势是，原有的一些由于贫穷、饮食和生活条件差等原因诱发的癌症（所谓的穷癌，比如食管癌、胃癌）并没有明显的下降。而由于高脂高热量饮食、肥胖、缺少运动锻炼等诱发的，在发达国家相对高发的癌症（所谓的富癌，比如乳腺癌、结直肠癌）呈现明显的上升趋势，形成穷癌与富癌并存的局面。

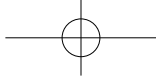
穷有穷癌，富有富癌，从饮食方面来说，前者是营养不足，后者是营养过剩，皆因饮食不合理、饮食失衡所致。比如很多发展中国家，食物品种单调，营养不良的人群比例较高，这些地区的人群的食管癌、胃癌和肝癌相对更高发；发达国家，或者相对富裕的地区的人群，植物性食物吃得较少，红肉（哺乳动物的肌肉）、加工肉制品等吃得较多，高热量、高蛋白、高脂肪、低纤维饮食，营养过剩，肥胖者较多，像乳腺癌、子宫内膜癌、大肠癌等高发。

除了吃的食物品种和饮食结构，不良的饮食习惯也是重要的致癌危险因素。比如有些地方的人喜吃滚烫的食物，滚烫的食物会灼伤消化道黏膜，造成慢性炎症和溃疡，发生增生性病变，进一步可能发展为癌症，比如食管癌、。另外有些人，吃东西狼吞虎咽、暴饮暴食、吃得过饱，很多上班族可能都有这个通病。吃饭过快，势必不会细嚼慢咽，食物有可能损伤消化道黏膜，产生慢性炎症增生病变，而且吸收也不良，长期吃得过饱也增加胃肠负担，肠胃功能容易失调。加上饮食不规律，三餐不定时，饿一餐饱一餐，吃得过饱，喜欢吃油炸烧烤食品，食管和胃长期饱受摧残，这些人同样有更高的患癌概率。

特别说一下槟榔与口腔癌的关系：国际癌症研究中心（IARC）把槟榔列为一类致癌物，槟榔为什么会致癌？因为槟榔较硬，咀嚼过程中可能会机械性损伤口腔黏膜，这种损伤累积下来，时间一长会导致口腔黏膜下纤维性变，这是一种癌前病变，有可能转变为口腔癌；同时槟榔里的某些化学物质经咀嚼后，可能会形成亚硝基（一种明确的致癌化合物）。除了口腔癌，嚼食槟榔也与咽癌、喉癌、食管癌等的发生有一定相关性。

导致癌症发生的危险因素之不良生活方式

多数癌症与不良生活方式或多或少有直接或间接的关系。吸烟、酗酒、缺



乏运动和久坐、不良饮食习惯、肥胖或超重、水果和蔬菜摄入量低等不良生活方式在前面已经谈到过，而睡眠不规律是现代人的通病，熬夜生活方式很普遍，这里重点谈熬夜与癌症发生的关系。

熬夜到底会不会致癌？研究显示，夜晚轮班的女性比日常上班的女性似乎有更高的患乳腺癌风险，而男性似乎有更高的患前列腺癌的风险。国际癌症研究组织基于对经常需要上夜班的护士和空乘人员的跟踪调查研究结果，把夜班工作列为可能致癌，但两者的相关性还不是十分明确，需要更多的可靠研究数据来支持。但不管怎样，规律的睡眠永远都是必要的，即便将来仍然没有十分可靠且充分的实验数据支持。

长期熬夜和睡眠缺乏会带来一系列的健康问题，急性的影响主要是导致疲劳、提不起精神、动作变得迟钝、反应能力和思维变慢，慢性的影响主要是削弱机体的免疫力，而免疫力是抵抗一切疾病包括癌症的基础。

除了削弱免疫力从而间接增加患癌风险外，更主要的机制可能跟褪黑素的分泌减少有关。由于褪黑素主要在夜间睡眠时分泌，夜班或熬夜会干扰人体正常的生物钟规律，从而干扰褪黑素的分泌，而灯光也会抑制褪黑素的分泌。褪黑素有助于抑制性激素的过量释放，如果褪黑素分泌减少，性激素的释放自然就会相应增加，另外，生物钟紊乱会导致内分泌功能失调，扰乱性激素的平衡，从而增加乳腺癌、前列腺癌等癌症的发病风险。

有些人由于工作性质的关系，需要经常上夜班轮班，怎么办？那就尽量去适应这种“黑白颠倒”的生活规律，白天补觉时，尽量营造夜间睡眠环境，安静、黑暗。另外，在其他方面也应该做得更好一些，以弥补睡眠不规律带来的伤害。工作性质无法改变，与其抱怨，不妨去适应，养成新的适应工作性质的生活和睡眠规律，同时为这种新的生活规律做一些配套的改变，这样就可以尽最大可能减少熬夜睡眠不规律对健康的负面影响。

导致癌症发生的危险因素之社会心理因素

一说到社会心理因素与癌症的关系，可能就会有人跳出来反对，因为社会心理因素给人的感觉是一个很虚的东西，似乎与所谓的科学格格不入。有的人只要你一谈到心理因素就会想当然地说：这个没有循证医学证据。其实，心理因素与癌症发生发展的关系，并非完全没有研究证据支持，只是很多人关注得



比较少罢了，这个后面还会谈到。

有的人把医学完全等同于科学，其实医学更多的是人学、是社会学，要关注疾病本身，更要关注生病的人，必须要关注心理因素，以及社会因素。

癌症不仅是身体生理病，也跟社会心理因素有关。长期精神萎靡处于负面情绪中，势必会带来失眠问题，会导致食欲不佳，如此一来，机体免疫力会下降，癌症就可能找上门来。吃好睡好心态好，这是防病防癌的基础。乐观的人、心态好的人，不是说一定不得癌症，但可以肯定的是，乐观向上、有好心态的人得癌症的概率可能会低一些，至少没坏处吧？

当然，癌症不是一日养成的，不管是环境致癌因素，还是社会心理因素，短期内不会有太明显的后果，怕就怕长期浸泡在不良因素之中。

导致癌症发生的危险因素之药物滥用

药物是一把双刃剑，永远具有两面性，在带来治疗效应的同时，必定会有一些的副作用。化学药物不恰当的使用无形中使治疗用药变身成了致癌剂，特别是长期大量使用。

关于药物滥用致癌，一个较普遍的现象是激素类药物的滥用，特别要警惕为了减肥、丰胸、美容去皱纹、增强性功能等而长期或大量不恰当使用一些激素类药物。

很多人认为中药安全，其实没有绝对的安全，安全只是相对的。正是因为大家普遍认为中药安全，反而不会引起大家的重视，从而更容易滥用。某些中药同样有致癌的可能性。凡药三分毒，服用药物，不论是药量、时间、次数都应严格遵医嘱，切忌滥用药物。

药物致癌，最有代表性的当然要数化疗药物，化疗药物在治疗癌症的同时，也可能导致第二癌症的发生，突出的表现是儿童患白血病或淋巴瘤，接受过较大剂量的含烷化剂的化疗，成年后患第二癌症的可能性比其他人要大。马利兰、马法兰、甲基苄肼、瘤可宁等抗肿瘤药物均有致癌作用，比如较大剂量或较长期使用环磷酰胺的癌症患者，今后患膀胱癌的可能性更大。但由于治病需要，并不能算药物滥用，只是化疗的远期毒副反应表现之一，其治疗作用的获益远远大于它们的致癌作用，要正确看待。



导致癌症发生的危险因素之遗传因素

某些癌症有遗传倾向，或者说遗传易感性，所谓的癌症遗传其实并不是癌症的直接遗传，比如母亲得癌，其生育的子代并不会直接遗传她的这个癌，因此也并不是子代就肯定会得这种癌。子代获得的只是一种患这种癌的倾向，是癌症易感性的遗传，也就是说，暴露在同样的致癌环境中，她的子代比别人得癌的可能性会更高一些，但后天的环境因素仍是重要的因素，因为多数癌症是遗传与环境因素相互作用的结果。而且遗传因素只是癌症发生的其中一个因素，也只有部分癌症的发病与遗传有一定的关系。

癌症的遗传现象主要表现为某一种癌症的家族聚集现象，也可能是家族中有多人患不同的癌症，表现为遗传基因对癌症的易感性，或者可能是一种基因缺陷。癌症的家族聚集现象虽然可能说明癌症具有遗传性，但也可能只是家族中相同的生活环境和生活方式饮食习惯的体现，可能并非遗传相关。

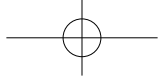
目前较为明确的有遗传倾向的癌症主要是乳腺癌、结直肠癌、肺癌、卵巢癌等。另有一些癌症，表现为地区或民族或人种聚集现象，比如鼻咽癌有广东癌之别称，因为广东人鼻咽癌高发，而且主要是说广东话的人群，这也提示癌症的遗传相关性可能，但又未必，癌症的病因其实是相当复杂的。

其他因素：年龄、性别与职业等

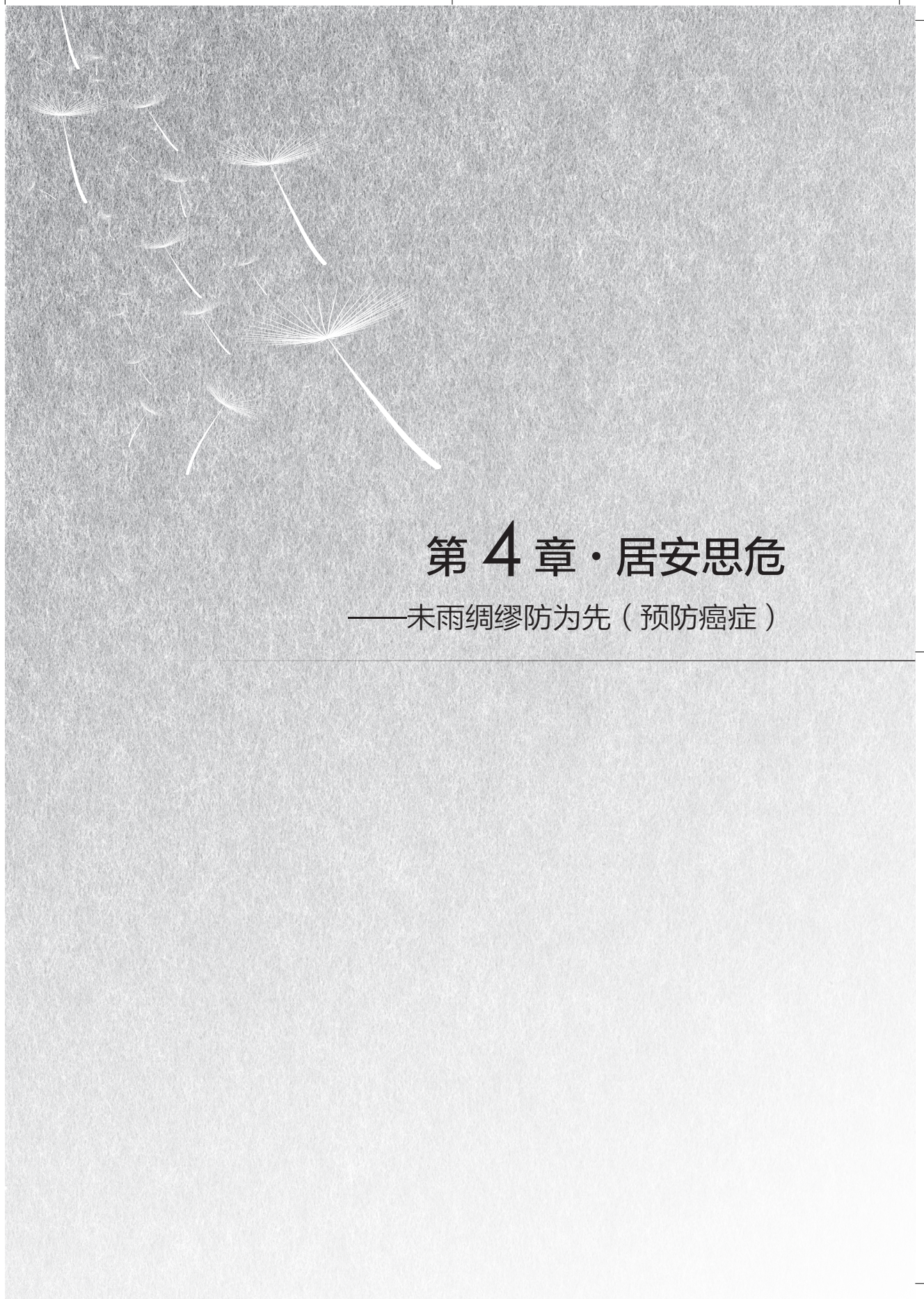
导致癌症发生的重要因素，除了以上谈到的十大因素，还有其他一些因素，比如年龄、性别、职业也对癌症的发生产生影响。

年龄与癌症的发生有明确的关系。儿童更多患肾母细胞瘤、神经母细胞瘤、视网膜母细胞瘤等、淋巴造血组织的肿瘤（如急粒白血病、急淋白血病、淋巴瘤等）。成人则更多见上皮来源的癌，如肺癌、结直肠癌、乳腺癌等。总体来说，随着年龄的增长，癌症的发生率也随之增长，甚至可以说，年龄是癌症最重要的危险因素。

性别也与癌症的发生有关。乳腺癌、宫颈癌、卵巢癌当然以女性发病为主，尽管也有男性得乳腺癌，但男性乳腺癌比较罕见；前列腺癌、睾丸癌、阴茎癌是男性才会得的癌症。除这些男女性器官癌症外，男女其他癌症的发生率也存在一定差别，比如甲状腺癌女性更多见，肺癌、结直肠癌、肝癌似乎男人更多见一些。



职业暴露也对癌症的发生产生影响，不同的职业，其工作环境存在差别，比如，从事染料工种的人，其接触苯胺的机会较多，而苯胺可能导致膀胱癌；煤矿、石油、化工、钢铁行业从业者，长年累月接触并吸入煤尘和混合性粉尘以及其他有害物质，患肺癌的风险相对较高；石棉矿工的肺癌和恶性间皮瘤发生率也相对较高；我国早在1986年就已将石棉职业暴露导致的肺癌和恶性间皮瘤列为职业性肿瘤。职业因素本质还是属于环境因素。



第 4 章 · 居安思危

——未雨绸缪防为先（预防癌症）



1

听天由命，还是有所作为

每个人都是自己命运的建筑师。

——克劳狄乌斯

(一)

偶然背后的必然

关于防癌，个案事例很难说明太多问题，更不能由此推断出什么明确的让人信服的结论，但个案有时能为我们提供一些思路线索，至少能带来一些有益的启示。

刘某是我的一个病人，他从14岁就开始抽烟，据他说，那个时候只是出于好奇模仿大人，但抽着抽着就上了瘾，离不开了。那个年代不像现在大家对吸烟的人有一种共同的抵触甚至是厌恶，相反大家以吸烟为自豪，男人如果不抽烟，反倒让人瞧不起，甚至被人认为是不像男人。他有个哥哥，也许是性格的原因，反正由于各种原因没沾上烟瘾。哥哥曾劝他把烟戒了，他没有听，反过来从内心里瞧不起哥哥。哥哥因为不抽烟的关系，交朋友也比较少，在工作和人际关系方面比他差一些，生活过得也寒酸些，不像他，开了公司，有钱，任性，时不时还揽上美女左拥右抱。

可问题来了，哥哥的身体一直很健康，而他得了肺癌。抽了30多年的烟，从一开始的每天一包，到近十年的每天两包甚至三包。在吞云吐雾中过了30多年的“神仙”日子，终于尝到了恶果。当然并不是说他得肺癌完完全全是因为他抽烟太猛，癌症的病因很复杂，不能简单地归因于某个单一因素。倒是他自己认识到自己的不良生活方式，曾主动跟我说，他现在万分后悔，说他现在得的肺癌就是这30多年抽烟导致的，还有那没日没夜的商场争斗和酒肉应酬。在他看来，他和哥哥是同胞兄弟，有着医生所说的相似的遗传基因，一个娘肚子里出来的，哥哥从不抽烟，而他抽烟很猛，现在得了癌症，抽烟当然脱不了干系，他自己这样认为。



我告诉他，确实，你抽烟抽得太厉害，30多年，平均每天两包，也就是每天近四十支烟，癌症不找这样的人找什么样的人？当然，你得癌症除了抽烟这个因素，可能还有其他因素综合起作用，比如应酬多，喝酒猛，饮食无节制，生活无规律，还有就是开公司，承受压力比较大，表面看起来挺风光，其实反倒不如你哥哥过得轻松自在。尽管我不能说假如当初你戒烟了肯定不会得肺癌，但得癌的可能性应该会降低一些。

这个故事带给我们什么启示？尽管癌症的真正病因尚未完全弄清楚，但导致癌症发生的危险因素其实很多还是比较明确的，改变这些可能导致癌症发生的危险因素，就可以降低得癌症的可能性。

听说过墨菲定律吗？大致的意思是：一件事情，如果有往坏方向走的可能，那么，不管这种可能性有多小，它总是会有可能发生。可惜的是，很多人有一种潜意识，本能地以为事情更容易朝好的方向发展，其实恰恰相反，当你掉以轻心的时候，坏事极有可能发生，所以，永远不要抱有侥幸心理。墨菲定律带给我们的启示是：每个人都可能犯错误，犯错误是难以绝对避免的，如果有神仙的话，神仙也难免会犯错。所以，切记不要妄自尊大，要将困难想得多一些，要有危机意识，学会提前做好防范措施，否则你极有可能栽跟头。

有一个现象你肯定会承认，那就是现在的癌症确实越来越多，这其中的原因当然有很多，除了吸烟，还有环境污染，当然还有所谓的基因遗传因素，但研究显示，不良的现代式生活方式跟越来越高发的癌症脱不了干系。

很多癌症病人，在生病之前，身累心更累，加班是常态，为了房子车子，为了票子面子，尽情地挥霍着健康，没有好好的有规律吃过饭，熬夜是家常便饭，即便是休息，也是通宵娱乐，抽着烟，喝着酒，吃着烧烤油炸的垃圾食品，放纵着自己。有了小病挺着，怕自己的位子被人顶替，挺着、熬着、撑着。长期下来，身体难免出问题。有些人甚至在已经确诊了癌症后，仍然不改变或戒除不良生活方式，真是死不悔改！

我当然不是说这些人得癌症就是以上的原因直接导致的，但必须要承认，不良生活方式是癌症发生的重要诱发因素之一，改变不良生活方式也许不能保证你肯定不得癌，但可以减少得癌的概率。得癌症的人中有着不良生活方式的比例要高于没有得癌症的人，至少改变不良生活方式没有坏处。防癌，并不需



要多少豪言壮语，从每一天的每一个细节着手就可以。

偶然的背后，总是有着某种必然，只是有的人浑然不知，或是装糊涂。

（二）

精明反被精明误

上医治未病，所谓的治未病，就是在没有生病之前就开始干预，防病于未然。癌症也一样，应以预防为主，防癌于未然。中国的传统医学中医，最注重治未病，也就是注重疾病的预防和身体保健。可现实生活中的中国人，似乎又并没有继承老祖宗的这种防病、治未病理念，目光似乎越来越短浅，急功近利，重视治疗、重视临终的抢救，轻视疾病的预防、轻视身体的保健。

你看，中国人得了大病，没有不重视的，全家人出动，倾其所有，直至倾家荡产。可以说，中国人对治疗可真是舍得投入，这当然也没错，有病当然要治，为了治病该投入的当然要投入，可细想一下，其实是亏本生意。这种投入，回报率很低，风险很大，因为极可能人财两空，有的病不是投入就一定有回报，在治癌问题上，钱有时并不能买来命。可为什么多数人仍是死守这种观念不变？主要原因可能在于，预防是一种远期投资，短期内看不到收益，潜意识中会觉得将金钱和精力花在这上面不值得，于是抱有侥幸心理，认为不见得癌症会找到自己。等不幸得了癌症，才开始意识到预防的重要性。

国人有时真是精明过头，但精明往往反被精明误。这种所谓的精明其实是一种生活和消费观的反映，比如美国人舍得花钱在健身运动预防疾病中，在看病治病中反而有些不舍得花钱，而中国人则恰好相反。据传有这样一种说法：美国人用1000元钱去健身，100元钱用于保健，10元钱用于看病，1元钱用于抢救，而中国人则完全反过来，用1元钱去健身，10元钱用来保健，100元钱用来看病，1000元钱用在抢救上，也就是说，中国人要等到快不行了、有生命危险了、快死了才舍得花钱，甚至不顾一切借钱和变卖家产。经常是明明已经是癌症终末期，回天无力，还倾其所有甚至倾家荡产去治，在生命的最后几个月甚至最后几天，仍然不顾一切想挽回不可能挽回的生命，可在平时没得病的时候，却舍不得花钱。



看似精明的中国人，在治病防病方面真真是精明过了头，根本不懂得算账。癌症应以预防为主，不妨学着算一笔经济账，防癌不舍得投资，治癌就必然会倾家荡产。防癌方面的投资，不完全是钱财的，还包括精力时间上的，比如有的人为了所谓的事业，或者明明知道很多生活方式不好，甚至可能致癌，但仍抱有侥幸心理，认为癌症不一定会找上他。愿意花时间在应酬抽烟喝酒上，愿意为了所谓的事业长期熬夜，饮食不规律，但不愿意哪怕花一点点的时间去爬爬山跑跑步，陪陪孩子陪陪家人享受亲情放松身心。

事业当然要，赚钱也是应当的，但很多东西并不冲突。前半辈子忙着赚钱，后半辈子忙着治癌，一辈子没消停过，不是悲剧吗？

有人会说，不是我舍不得将时间精力和金钱投到预防上，关键是癌症能预防吗？当然能，癌症是可以预防的，这是一个肯定的结论。

研究发现，远离与癌症相关的行为和环境危险因素诸如慢性感染、吸烟、饮酒等，约60%的癌症是有可能避免的。当然任何东西都没有绝对，尽管我们做了百分百的努力，也还是可能会不幸得癌，但这决不能成为否认癌症可以预防的论据。为了避免某些人钻牛角尖，更准确的表述应该是多数癌症是可能预防的，是可以降低罹患概率的。

可以不等于一定，要将可能性转变为现实性，需要你做踏踏实实的努力，需要你将防癌措施付诸实践。

首先必须得在心理上接受癌症可以预防的观念。如果在心理上压根儿不相信癌症可以预防，你当然不会付诸行动。有的人就是不相信癌症可以预防，因为现实生活中有很多让他不相信的理由，最典型的例子就是，医生不是说吸烟会导致肺癌吗？可很多得肺癌的人并不吸烟，而很多吸烟的人也并没有得肺癌，甚至还长寿。这当然是现实，不能否认，但这显然是无知的表现。癌症可以预防，哪有这么简单就可以下结论？

为了让大家相信癌症可以预防，不妨展开谈一下癌症能预防的几点依据。

多数癌症的发生跟外在的环境密切相关，这个在前一章中有详细的论述，大家也应该非常了解了。既然多数癌症的发生与外在环境相关，而显然，外在的环境是可以改变的。当然，这个外在的环境，既有大环境，也有小环境。改变环境，既要改变大环境（比如治理环境和空气污染，比如治理水污染），也要改变我们自身，比如戒烟，戒烟当然不能保证你不得癌症，所以你还需要在



其他方面也努力，比如不酗酒，不长期熬夜。

多数癌症的发病跟外界环境因素相关，而环境因素是可以改变的，这就为预防癌症提供了可能性，这也是“癌症可以预防”最基本的前提依据。如果说癌症是上天早就决定好的，那就注定你怎么努力也白搭，这显然是典型的宿命论。

改变环境可以降低癌症发生率，最典型的论据就是欧美等发达国家，意识到烟草和不良生活方式是致癌的重要因素，近几十年来积极开展戒烟控烟行动，并积极对不良生活习惯和方式进行干预。直至今日，以肺癌为代表的癌症发生率已经开始有所下降。而中国等发展中国家，戒烟控烟不得力，加上工业化的迅速发展，环境污染没有得到很好的治理，肺癌等的发病率呈现明显的持续上升态势。

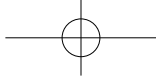
癌症的发病有着地域差异也是癌症可以预防极好的例证。经济发达国家或地区的肺癌发病率高于经济欠发达和贫穷地区，城市高于农村，沿海地区高于内地，这与工业化和环境污染有相当的关系。乳腺癌、结肠癌等的发病，与生活条件改善、高脂低纤维饮食有关系，也是发达地区高于欠发达地区。地域差异本质上是环境和生活习惯的差异，如此说来，只要环境和生活习惯得到改变，相关癌症的发生率就会一定程度上得到改变。

（三）

防癌路上无捷径

预防癌症，首先必须在心理上接受癌症可以预防的观念，只有接受了这种观念，才能在心里真正有防癌的意识。只要有防癌意识，才会真正付诸实际行动去做。

防癌意识淡薄的人，必然在心理上不会重视，就会存在侥幸心理，认为癌症与己无关，总在潜意识中认为，这种事不会发生在我身上吧。如此一来，在实际行动中必然会表现出来，比如该吸烟还吸烟、该酗酒还酗酒、该熬夜还熬夜、对环境污染问题事不关己高高挂起，也根本不会有体检意识，甚至身体有了不适，也仍然心存侥幸，或者是图省事，懒得去医院检查，这样下去，迟早



有一天会出事，正所谓“不见棺材不掉泪”。

有较强防癌意识的人，在心理上重视，注重保健注意身体锻炼；也注意心理调适，会主动远离不良生活方式，减少负面情绪的侵扰；定期做健康体检、防癌体检；有了不适，会及时看医生，这种人当然不能说一定不会得癌，但其得癌的概率肯定会小一些，即便不幸得癌，早期发现的概率也会比较大，早期癌症治愈的机会也会更大。

人与人的差异，有时就是观念的差别，人的命运差别有时就是观念差别导致的结果。观念决定人生，意识决定命运，这不是夸张，是事实。

但防癌意识不是与生来俱来的，也不是别人说一说就可以让你有的，必须要求你自己有意识地去培养这种防癌意识，观念和意识是扎根在骨子里的东西，不是一天就能养成的。

如果没有防癌意识或者防癌意识比较淡薄怎么办？培养！正如有的人没什么业余兴趣爱好，怎么办？那就要去培养，兴趣是可以培养的，防癌观念和意识也是可以培养的。等到那一天，防癌观念深入到你的骨子里，防癌意识已经成为你生活中的一部分，防癌的一些具体操作措施和做法也就会变得顺理成章，就像每天要吃饭要睡觉一样，不会成为一种刻意的强迫行为，防癌成了生活的一部分，本来防癌就在生活细节中。

接受了癌症可以预防的观念，也有了防癌意识，接下来当然就是要懂得基本的防癌知识并付诸实际行动，否则就成了“空头支票”，成了喊口号。其实防癌观念意识和懂得防癌知识是相辅相成的，是相互促进的，是良性的循环和互动。有了防癌观念意识，你才会主动去吸取相关的防癌知识，而当你懂得更多的防癌知识，你的防癌观念会得到进一步的巩固和加强，你的防癌意识会越来越强，而一旦付诸实际行动并从中受益，又会进一步促进良性循环。防癌的根本是什么？懂得基本的防癌知识并付诸行动。

无知害死人。一个反复提到的典型例子，烟枪们总是会说，那些不吸烟的人还不是照样得肺癌？很多吸烟的人也并不得肺癌。他的意思显然是得不得肺癌与吸烟无关，于是找到了继续吸烟的理由，有了这种想法，当然不会想到去戒烟。这是典型的无知害死人，其实他不只是害己，也害人，害身边的亲人。癌症的发病是多因素综合作用的结果，稍微懂得防癌知识的人都知道吸烟与得癌症的辩证关系，也会正确看待，只有无知才会如此无畏，才会总想着找借



口。不是戒不了烟，是心存侥幸。

那怎样才能懂得更多的防癌知识？其实只要有了防癌意识，想获取防癌知识是一件不难的事，关键是你想不想了解，想不想学习。你可以向医生了解，你可以听相关的讲座，你可以留意相关的网站杂志书籍，特别是一些由肿瘤专科人士撰写的肿瘤科普书籍。当然现如今无论是书本知识还是网络知识都鱼龙混杂，所以要学会鉴别真假好坏，很重要的是要学会自己理性思考。其实只要你愿意自己静下心来好好想一想，就知道有的东西显而易见不靠谱，只是有的人只会跟风，或者缺少自己的主见，缺少理性，不愿思考。



2

生活有度，人生添寿

节制饮食者永享康乐，暴饮暴食者疾病缠身

——瓦鲁瓦尔

(一)

抽出来的癌症：少抽一支烟，多活好些年

很多人觉得抽烟的动作很酷，很享受那种吞云吐雾的潇洒。殊不知，这是最无知最不文明、既害己又害人的行为，一点都不酷，一点都不潇洒。要知道：一支卷烟的烟雾中含有多种致癌物质，吸烟就是在慢性自杀，还捎带上身边人。

“吸烟会导致癌症发生”已是不容置疑的事实，控烟戒烟可以降低多种癌症的发生率。控烟是从国家和社会层面着手，比如从源头上控制和减少烟草的生产、在公共场所实行全面禁烟等，戒烟则是从个体层面戒除烟草的消费。

戒烟不只是救自己，也是救身边人，因为二手烟的危害有时甚至超过直接吸一手烟的人，特别是儿童受害尤其严重。但二手烟的危害却没有引起足够重视，有研究资料显示，吸烟者吸烟时，其本人吸进三成左右的烟雾，其余七成的烟雾都散发到周围环境中，被其他人（也包括家人）吸入，这些人是被动吸烟者，他们吸的是二手烟，同样增加癌症风险。

有人说，我也知道吸烟不好，也很想戒，可就是戒不了，怎么办？其实关键还是抱有侥幸心理，如果告诉你，今天不戒烟，明天就会进棺材，我就不相信你今天还敢抽，所谓“不见棺材不掉泪”而已。

当然戒烟既要靠毅力决心，也要讲究科学，必要的时候可以寻求专业人士的帮助，很多医院都设有戒烟门诊，可以进行药物辅助治疗、心理指导、行为治疗三位一体的综合戒烟方案。但其中最关键的还是决心，没有决心，一切所谓的戒烟方法都是白搭。

戒烟，重在行动！戒烟越早越好，早一天戒烟，早一天受益。即便是已经



得癌症的人，戒烟对他也有益处。很多吸烟爱好者可能也是经常的应酬者，为了戒烟成功，建议减少不必要的应酬，少交酒友烟友，多一些时间陪家人。很多人戒不了烟，可能也跟周边的朋友有关，物以类聚，人以群分，烟酒朋友混在一起，相互影响，戒烟成了一件不可能的事。

以下三大吸烟恶习可谓是“错上加错”，必须引起重视：1. 熬夜抽烟：很多人喜欢熬夜做事，为了提神，一支接一支吸烟，殊不知，吸烟和熬夜都会增加癌症风险，带来双重伤害。2. 饭后抽烟：“饭后一支烟，赛过活神仙”，其实这神仙日子过不长，饭后由于胃肠蠕动频繁，血液循环加快，这个时候吸烟无形中危害会比平时增加很多倍。3. 烟酒不分家：吸烟的人往往嗜酒，烟酒不分家，而其实饮酒时吸烟，由于酒精是很好的脂溶剂，烟雾中的有害物质会更迅速进入血液中带来更大的危害。

如果确实戒烟困难，至少要守住最后的底线：1. 打算孕育下一代前不吸烟，包括男人，避免烟草影响卵子精子质量；2. 孕期不吸烟，女人当然不能在孕期吸烟，男人也不能在妻子怀孕时吸烟，二手烟同样可能对胎儿发育带来不良影响；3. 不在家里吸烟，不在孩子面前吸烟，既是避免二手烟三手烟对家人的伤害，也是避免在孩子面前树立“负面榜样”；4. 不在公共场所吸烟，这是基本的公德；5. 不劝烟，不逼烟，吸烟是个人行为，不能把是不是吸烟与所谓人际交往、应酬挂勾；6. 不错上加错：熬夜时不吸烟、饭后不吸烟、饮酒时不吸烟。

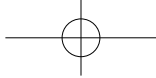
其实如果你能做到以上这六种情况下不吸烟，那你也已经可以戒烟了，就彻底把烟戒了吧，可以立马自救，让身体更健康更长寿，让家人和其他人跟着受益。行动吧，现在！

（二）

吃出来的癌症：嘴上的防癌功夫

吃是人活着的基本需求，但吃也不能乱吃，很多癌症特别是消化道癌症的发生跟饮食因素关系密切。怎样吃才能减少癌症的发生？或者说怎样吃才能防癌？

近些年来，人们越来越关注吃什么能防癌抗癌，关于食物防癌的知识很是



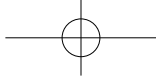
风行，也传播很广。现实生活中，无论是已经得癌症的病人还是没有得癌症的健康人，问得最多的一个问题往往是：这种食物能吃吗？吃这种食物能不能防癌？能不能治癌？

不知是有意的误导，还是由于理解的偏差，抗癌食物很是流行。所谓的抗癌食物，也就是某种食物经研究发现其含有某种抗癌成分。其实静下心来想一想，你说哪种食物不防癌？其根本还是为人体提供必要的营养素，从而有助于增强抗病能力，当然可以间接说能防癌，也可以说是防癌食物，所谓的抗癌食物或防癌食物其实更多的是概念炒作。

当然不能否认某些研究（主要是动物实验）发现某些食物含有抗癌成分，但你别寄希望于简单地靠吃这种食物去防癌，食物含抗癌成分不等于吃了这个食物就可以防癌抗癌。首先实验研究是从这种食物中提取到某个成分，然后用一定剂量去对动物进行实验，为了达到这个抗癌的效果，你得吃多少东西啊？癌症没有预防，你倒先被吃撑死了，也许你会说，谁让你吃撑死的？可不吃到撑死你的那个量，就根本达不到实验所说的防癌效应。所以，理论上或实验研究提示含有抗癌成分，不等于吃这种含有抗癌成分的食物能抗癌。

有的人还是不死心，那多少总有些作用吧？食物当然多少有些作用，但如果你所说的是所谓防癌抗癌，可以明确地告诉你，没有作用，即便有用，也可以忽略不计，因为你根本达不到抗癌所需的“量”。打个比方，为了获取一克的抗癌成分，你得短时间内吃一千斤这种食物，而吃这么多的单一食物，你找死吗？当然，如果你是把它当成普通食物吃，不扯上抗癌，某种食物适量吃，当然是有好处的，但这个跟有些人说的防癌抗癌是两码事。比如适量吃苹果当然对健康有好处，而且全面均衡摄入水果蔬菜间接地也有助于防癌，但如果有谁为了卖苹果，向外宣称某某品种的苹果经检测或经过动物实验发现含有某种抗癌或防癌成分，然后大肆宣传说吃这种苹果可以防癌。我肯定会表示反对。苹果要吃，但别扯上抗癌防癌，而且苹果也不能吃太多，要适量，要多样化吃水果，各种水果都要吃，要均衡全面多样化，不要冲着所谓的可以抗癌防癌而去大量吃苹果。

所以，你用不着每一样食物去问医生能不能吃，不同的食物有不同的营养价值，关键是要均衡，偏食才是大忌。蔬菜要多样化，不只是绿叶蔬菜，要包括不同颜色的蔬菜（绿色的如青菜，红色的如西红柿，橙色的如南瓜）；还包



括瓜果类，水果建议直接食用完整水果，不要总是依靠榨汁机；谷类、蛋白质摄入也要多样化，营养成分要全面，减少精制糖和饱和脂肪摄入，控制食盐摄入。当然，要尽量避免从饮食中摄入具有致癌可能的物质。

在经济不发达的年代或者国家地区，所谓的穷癌往往高发；而在经济发达的今天，或者在经济发达的国家地区，所谓的富癌往往高发。正所谓穷有穷癌，富有富癌，为什么会出现这种情况？似乎给人的感觉，怎么吃都会得癌，穷也会得癌，富也会得癌，难道癌症是逃不掉的吗？非也！穷的时候是营养不足，富的时候是营养过剩，不论是前者还是后者，都是饮食没有做到均衡，营养不足，或营养过剩，或营养失衡，都是不好的。

饮食不均衡是典型的膳食不合理，尽管其导致的癌种不同，但均是癌症发生的重要危险因素。因此，所谓的食物防癌最核心的就是要饮食均衡，而不是强调所谓的防癌，或过分纠结于哪一种食物可防癌。很多专家会开出一系列的防癌食谱，从某种意义上当然也有某些道理，如果能正确理解，作为参考也是可以的。但在我看来，并没有抓到问题的本质。你说哪种食物不防癌？其实说得极端一点每一种食物都有它的价值因而都有防癌的功效。防癌是一个系统的综合全面的工程，再好的东西过量了不但无益反而有害，除了少数因为特殊原因导致某一类或某些营养素缺乏的人群需要特别补充外，多数普通人群根本用不着补这补那，或者刻意过量食用某一类食品，弄不好反而可能损害健康。

当然，考虑到有的地方由于特殊的地理环境，可能容易缺乏某些营养素（特别是某些微量元素，但这个要经过权威的调研，不要听信传言，否则会被那些为了推销营养品的营销骗子所误导）。而且不同职业、不同年龄、不同性别的人对营养的需求存在一定的差别，因此，可以有针对性地适量增加食用某些可能摄入不足的营养成分，比如经过流行病学调查，某些地区由于地质和饮用水的原因，生活在这个地区的人普遍容易缺钼，缺硒，从而罹患某种癌症的风险较大，那么通过补充这种营养素进行流行病学干预，有可能会降低这种癌症的发病风险。但其他人就不要盲目仿照，更不要听说补硒可以防癌，于是也买所谓的能补硒的补药或所谓的富硒食物（通常是商家炒作，然后卖高价），这是瞎补瞎折腾。不要盲目地补充，不要只是照本宣科死搬所谓的营养书籍，如果确有必要，不妨面对面咨询专业人士，最不能听商家或营养品推销者的宣



传或炒作。

膳食的均衡是防病防癌最基本的前提，除了饮食要均衡，饮食的习惯也是重要的因素。暴饮暴食、吃东西过快狼吞虎咽、喜吃滚烫的食物、饮食不规律三餐不定时、不吃早餐、喜欢吃油炸烧烤食品、喜吃腌制食品等等这些都是不良的饮食习惯，也许短时间看不出其带来的损害后果，但时间一长，损害后果就可能表现出来，癌症最偏爱这样的人。因此，除了均衡饮食，以及必要的额外营养素补充，防癌还必须改变不良的饮食习惯。

均衡饮食、合理搭配、良好的饮食习惯是预防癌症的重要策略之一，世界癌症研究基金会和美国癌症研究所通过搜集关于膳食、营养与癌症预防的研究资料，提出了一些简便易行的防癌措施，其中就包括：尽量不要饮用含糖饮料，控制食用能量密集性食物（尤其是含糖高或纤维素量低或高脂肪的加工食品）；多吃各种（记住：是各种，不是单一的品种）蔬菜水果、谷类和豆类食品；限制食用红肉（如牛肉、猪肉和羔羊肉等哺乳动物的肌肉），避免食用加工肉（如腊肉腊肠、香肠火腿培根等）；限制饮酒；限制盐分摄入（不要吃得太咸）；不要使用补品防癌（补品根本不能防癌）等等。

（三）

懒出来的癌症：运动防癌的秘密

运动能防癌吗？有人每天运动还是得了癌症，有人很少运动却并没有得癌症，那是不是就此可以得出结论：得不得癌症跟是否运动、运动多少没有关系。

其实对这个问题要辩证看待。

癌症在某种程度上，也是懒出来的病。生命在于运动，适量的运动肯定是有好处的。不爱运动的人，更容易体弱多病，身体抵制力差，一些致病致癌因素更容易乘虚而入；而且运动少的人因为久坐或爱躺着不动，容易在体内积聚多余的脂肪，容易超重肥胖，而超重肥胖是某些癌症的高危因素。

当然不是说运动的人就肯定不得癌，运动没有那么神，没有任何一种所谓的防癌措施可以保证你肯定不得癌，运动也一样，因为癌症的发生是一个多因



素综合作用的结果，因此也需要进行综合措施预防，运动是肿瘤综合防治措施的一个组成部分。

运动为什么能防癌？最主要是通过规律运动，平衡热量摄入与消耗达到保持正常体重，降低因超重与肥胖相关的患癌风险，比较明确的就是结直肠癌、乳腺癌、前列腺癌、子宫内膜癌等；运动对其他癌症的发病风险是否能降低，目前尚缺乏明确的证据，但仍有积极作用，主要是一种间接的作用，也就是通过增长体质、改进睡眠质量、改善负面情绪困扰（运动促进血液循环，有助大脑分泌释放所谓的快乐激素多巴胺，能让人感觉神清气爽）。

当然你不能只停留在口头上，得付诸行动才能争取到这个降低得癌概率的可能性。

1. 首先你当然得要真正认识到运动的重要性，“生命在于运动”不能只是一句口号，要以实际行动克服懒惰的习性，彻底远离“久坐不动”。

2. 运动应该多大强度？运动多久算合适？目前这方面应该说还没有确切的定论，世界癌症研究基金会/美国癌症研究所给出的建议是，远离肥胖，尽可能减重；每天至少运动30分钟。为了从运动中最大程度获益，建议每天进行60分钟以上的适度运动或30分钟以上的剧烈运动。世界卫生组织认为健康的生活方式可以减少三分之一的得癌症风险，倡议大家每星期至少锻炼150分钟（两个半小时）。

3. 关于运动的形式。很多人很纠结，不知怎样运动才好，总抱怨没有运动条件，其实运动的形式不必过于拘泥，可以多样化。既可以是日常生活中的各种活动，如尽可能少乘或不坐电梯，多步行上下楼梯、步行上下班、参与家务活动，避免久坐，上班工作间记得活动一下，关键是要做有心人；也可以是有目的有计划地进行体育锻炼以减重，建议在相关专业人士指导下进行，不要一味追求强度，运动要讲究科学，避免受伤，避免运动过度。

4. 最核心的一条：运动贵在坚持，持之以恒才能见成效。运动不可能一劳永逸，运动最忌三天打鱼两天晒网，根本起不到任何作用。为了能更好地坚持，应因地制宜选择方便实行的运动方式，比如慢跑、快走、骑自行车和游泳是比较好的运动方式，老少皆宜，不会太多受场地限制，比较容易坚持。一个原则是动比不动好，甚至是做做家务、散散步、去超市逛逛、去菜市场买买



菜、不坐电梯等都算是运动，尽管比不上正儿八经的运动，但肯定比坐着不动好。坚持是关键中的关键。

5. 特殊人群要注意做好运动防护，特别是年纪大的人，以及有慢性疾病及心脑血管疾病的人，要征求相关专科医生的意见后进行运动，以免出现意外。

(四)

改变，从生活细节着手

大多数癌症的发生都与不良生活方式有或多或少的、直接的或间接的关系，这些不良生活方式某种程度上也是一种所谓的现代生活方式，比如吸烟、酗酒、缺乏运动和久坐、不良饮食习惯、熬夜、焦虑等。

不良生活方式涉及吃、喝、拉、撒、睡、生活、工作、心理等等各个方面，涵盖面极广，这些不良生活方式会增加患癌风险。如果能改变不良生活方式，养成良好健康的生活方式就可以一定程度降低癌症的发病风险。

关于改变不良生活方式与癌症预防的关系，以下给出一些具体建议，供参考。

1. 必须彻底戒烟。这真是老生常谈，你听烦了，我也谈厌了。吸烟是对健康危害最大的不良生活方式，必须坚决戒除。不吸烟的人要劝阻周围吸烟的人，拒绝二手烟的伤害。

2. 不喝酒或少量适度喝酒，至少不酗酒，不醉酒。白酒等烈性酒则要尽量避免饮用，能不喝尽量不喝，实在要喝，一定要控制量。

3. 保持正常体重，避免超重和肥胖。怎样才算超重？身体质量指数（Body Mass Index，BMI）是世界公认的一种评定肥胖程度的分级方法，计算方法是体重公斤数除以身高米数平方，即体质指数（BMI）=体重（kg）÷身高（m²），按世界卫生组织的标准，BMI指数18.5~24.9属正常健康体重，低于18.5为低体重，25~29.9为超重，大于和等于30为严重超重或肥胖。建议将体重控制在健康的BMI范围之内的低值。

4. 坚持运动，避免久坐。久坐缺乏运动，会带来超重肥胖问题，会增加结直肠癌等多种癌症的发生风险。建议每工作1至2小时，起来活动一刻钟。每天



至少进行30分钟以上的运动，每周至少150分钟的运动。

5. 保证必要的睡眠时间，作息要规律，避免熬夜。现代人尤其是城市人群，晚睡熬夜司空见惯，短期内看不出伤害，时间一久，问题就来了。建议成年人每天要保证6至8小时的睡眠时间，当然视具体情况可略有调整，关键是要不要熬夜。另外，睡眠不要开灯。

6. 避免不合理的饮食，要均衡饮食，不偏食，五谷杂粮、肉类蔬菜水果都要食用，要避免和减少吃垃圾食品，包括街头油炸类食品。

7. 多吃新鲜蔬菜水果，蔬菜水果的品种、颜色都要多样化，每天最好五种以上不同的蔬菜水果。蔬菜水果吃得少，膳食纤维摄入不足，增加结肠癌风险，而且容易缺乏维生素，患癌风险也增加。多吃蔬菜少吃肉，粗茶淡饭保健康。

8. 肉类摄取要适量，以鱼肉等白肉为主，少吃猪、牛、羊肉等红肉。避免或尽量少食用加工肉品如香肠、火腿培根、咸肉、腊肉等。

9. 饮食规律，杜绝不吃早餐，不要暴饮暴食。饮食不要过量，不要吃得过饱。

10. 不要以饮料代替喝水，不喝或少喝含糖饮料，白开水最理想。

11. 不要吃得太咸，限制每天盐的摄入量，不吃或少吃腌制食品。

12. 避免饮食饮水过热过烫。过热的食物或饮料或茶水，不要急着喝，喝热饮不要用吸管，吸管吸入的水容易直接吸入咽喉烫伤黏膜。

13. 尽量分餐，不要共用碗筷毛巾等餐饮和生活用品，注意做好个人卫生防护，以减少或避免幽门螺杆菌等的感染。

14. 避免过劳，注意休息，劳逸结合。

15. 养成定时大便的习惯，不要憋小便。

16. 避免多个性伴侣，勿滥性，尽量减少婚前性行为、婚外性行为等不安全性行为，尽可能使用安全套，以避免人乳头状病毒的传播。

17. 减少或避免职业性致癌环境的暴露，采取必要的职业暴露保护。

18. 避免日光照射过度。晒太阳要适度，过犹不及。

19. 远离焦虑，学会减压放松。负面情绪会削弱机体免疫力，长期处于焦虑和精神高压之中，也可能增加患癌的风险。



3

扼杀“癌”于摇篮中

当危险逼近时，善于抓住时机迎头邀击它要比犹豫躲闪它更有利。因为犹豫的结果恰恰是错过了克服它的机会。

——培根

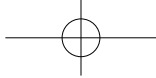
癌症不是一日长成的，它的长成需要一定的时间，有一定的发展阶段，在真正发生癌症之前通常有一个癌前状态。

所谓癌前状态，包括癌前疾病和癌前病变两个概念。癌前疾病指与癌症相关的良性疾病，有发生某种癌症的危险性，是临床概念，比如胃癌的癌前疾病有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、手术后的残胃等。癌前病变指已证实与某种癌症发生密切相关的病理变化，即异型增生（上皮内瘤变），是病理学概念。所谓上皮内瘤变，是一种形态学上以细胞学和结构学异常、遗传学上以基因克隆性改变、生物学行为上以易发展为具有侵袭和转移能力的浸润性癌为特征的癌前病变，分为二级，即低级别和高级别。低级别上皮内瘤变相当于轻度和中度异型增生，高级别上皮内瘤变相当于重度异型增生。

很显然，癌前病变只是恶性肿瘤（癌症）的癌前阶段，仍然不是癌，这个时候积极干预，可以起到将癌症扼杀在摇篮中的效果。通常从癌前病变发展到真正的癌症，短的要数年，长的要十几年甚至几十年，这给了我们足够的时间去干预，机会给了你，你却一再错过，怪谁？只要积极干预治疗，多数不会或者是没有机会发展到癌症，可很多人的癌症一发现就已经是晚期，可以说是一再错过了及时处理的机会。

慢性萎缩性胃炎、结肠直肠多发性息肉或腺瘤、子宫颈重度异型增生、外阴或口唇黏膜白斑、乳腺囊性增生等等这些耳熟能详的名称，很多人可能根本不会想到它们其实跟癌症有某种关联，有的甚至是必然的关联。正是大家的“没想到”，才没有引起足够的重视。

癌变不是突然发生的，有一定的阶段，癌前病变就是一个重要的阶段，在这一阶段，有一定的可逆性，既有可能进一步发展为癌，也有可能自行或在采取某些有效的处置措施之后重新恢复正常。正是因为如此，我们在癌前病变阶



段才大有可为。

积极对癌前疾病或癌前病变进行干预和处理，或加强监控检查，以阻止其发展成真正的癌症，是防癌综合措施的重要方面，比如口腔和外阴的白斑病变有可能发展为癌，要加强监控，有时可考虑进行治疗干预，并取活检送病理检查。又比如，家族性结直肠息肉病或腺瘤要早干预，定期行肠镜检查，视情况进行肠镜下的息肉摘除或切除，但要到有资质的医院进行，切下的息肉都要常规送病理检查。

以下单独谈两个大家普遍比较关心的问题：乳腺增生、色素痣。

正确对待和处理乳腺增生

很多女性都有乳腺增生的问题，其实多数是生理性的乳腺小叶增生，有的人没有任何不舒服症状，有的可能伴有乳腺疼痛，特别是月经期前后期间。这种受体内雌激素水平波动的乳腺组织生理性变化，通常并不会带来什么严重后果。

大家最关心的可能是，乳腺增生会癌变吗？95%以上的乳腺小叶增生是单纯性的增生，这种单纯性的小叶增生并不会发生癌变。当然，如果发生了乳腺导管上皮的不典型增生，这就成了癌前病变，有癌变的可能，但即便如此，也不是所有的这种不典型增生都一定会发展为乳腺癌。不能将乳腺增生等同为癌前病变，记住一句话：乳腺小叶的单纯性增生不是癌前病变，不会癌变，乳腺导管上皮的不典型增生是癌前病变，有癌变可能。

乳腺增生怎么处理？如果只是乳腺小叶的单纯性增生（多数人所谓的乳腺增生是这种情况），一般不必治疗，建议改变不良生活方式和饮食方式，不要滥用激素类保健品，作息规律，精神减压，适量运动，等等。其实更重要的是，要定期进行乳房体检，40岁以后建议定期进行乳腺癌筛查，学会乳房自检也是有好处的。乳腺癌高危女性更要注重筛查。如果是乳腺的不典型增生，最好找乳腺专科医生进行干预处理，视情况手术切除并送病理检查。切记，不要到非医疗机构（比如美容机构）进行所谓的乳房按摩乳房保健。

正确对待和处理色素痣

痣，几乎人人都有，最让人担心的就是它可能会恶变为黑色素瘤。电影《非诚勿扰2》很多人看过，主人公之一的李香山不幸得了黑色素瘤，这让很多人开始担心自己身上的痣，谁身上没有几个痣呢？



有的痣具有天然的恶变倾向（比如先天性痣，特别是先天性巨痣），但也有很多本来恶变概率很小的痣，因为受了反复的不恰当刺激而癌变，比如出于美容需要在街头小摊或不正规医疗机构点痣或胡乱切割等。

那么痣在什么情况下需要处理？先天性巨痣有近10%的恶变可能，先天性小痣也有恶变可能，但概率要小一些；另外，足底足趾、手掌手指等部位的痣，容易反复受摩擦刺激，也存在恶变可能，因此，以上几种情况建议定期随访，密切观察变化情况，发现异常及时切除。至于其他普通痣，如果没有特殊情况，可以不处理，如果出于美容需要想处理掉，也必须到正规医院（主要归皮肤科或整形美容科）进行规范处理。

如果发现痣出现以下一些变化（判断色素痣恶变的ABCDE法则），应及时就诊。

A（Asymmetry）不对称：色素痣的一半与另一半看起来不对称。

B（Border Irregularity）边缘不规则：色素痣的边缘不整齐或者有切迹、锯齿等。

C（Color Variation）颜色不均匀：正常色素痣通常为单色，而黑色素瘤表现为污浊的黑色，或褐色、棕色、棕黑色、蓝色、粉色、甚至白色等多种不同的颜色，颜色深浅不一。

D（Diameter）直径：直径大于5~6mm或明显长大时要留意。

E（Elevation）隆起：整个轻微隆起或某部分突起。



4

防癌还有这三招

人一生要做的两件事就是防患于未然和豁达大度。前者是为了使他避免遭受痛苦和损失，后者是为了避免纷争和冲突。

——叔本华

(一)

给“癌”打预防针

部分癌症的发生与某些病毒和细菌感染相关。目前研究最多、也是证据较充足的主要是乙型肝炎病毒（HBV）和丙型肝炎病毒（HCV）与原发性肝癌、Epstein-Barr病毒（EBV）与鼻咽癌和淋巴瘤、人乳头状瘤病毒（HPV）与宫颈癌、幽门螺杆菌与胃癌和胃淋巴瘤等，此外还有人类免疫缺陷病毒（HIV，也就是俗称的艾滋病毒）与卡波西肉瘤和淋巴瘤等。预防这类与病毒和细菌感染相关的癌症，当然可以从预防这些病毒和细菌的感染着手。

接种疫苗，预防肝炎病毒感染

乙肝疫苗预防接种，一般的防疫机构（疾控中心，社区卫生服务中心、医院等）都可以进行，具体可以到这些防疫机构咨询。除了接种疫苗，平时要做好个人卫生防护，减少不必要的输血、避免不洁注射以防乙型和丙型肝炎病毒的感染。如果已经感染乙肝或丙肝，要在肝病专科医生的指导下积极进行治疗，并注意呵护机体免疫力，以免肝炎活动和爆发；阻止慢性肝炎发展为肝硬化以至肝癌，注意定期检查和筛查。

接种疫苗，预防人乳头状瘤病毒感染

做好个人防护，避免不洁性生活，远离不安全性行为，固定性伴侣，不要乱性滥交，推荐在性生活中戴安全套。目前已研究开发出针对人乳头状瘤病毒（HPV）的疫苗用于宫颈癌的预防，有条件者可考虑。接种HPV疫苗是预防宫颈癌的重要措施，一般认为能获得HPV疫苗保护的人群年龄为9-26岁，而最适宜接种的年龄为11-12岁。新的研究证据支持可考虑放宽至45岁，但还是应该



要尽早接种，以获得最大可能的保护。如果想接种，建议与医生充分讨论后决定。目前中国大陆HPV疫苗还没有正式批准上市，正在加紧临床试验中，估计很快就会上市。另外，大家要注意，HPV疫苗对已经存在的HPV感染以及HPV感染相关疾病并没有治疗作用，记住，它是预防性疫苗，不是治疗性疫苗，而且即便是预防，HPV疫苗也不是万能的，并不能预防所有可导致宫颈癌发生的HPV病毒类型，所以不管有没有接种过HPV疫苗，都应该要定期接受宫颈癌筛查。

清除胃幽门螺杆菌感染

幽门螺杆菌（Hp）是胃病的最主要致病菌，世界卫生组织将其确定为胃癌Ⅰ类致癌因子，我国Hp感染率超过50%以上，有胃部不适、患有胃炎、胃溃疡的人，建议到消化科进行幽门螺杆菌的相关检测，必要时行胃镜检查，视情况进行规范的抗幽门螺杆菌治疗，有助于预防和减少胃癌和胃淋巴瘤等的发生。传统的抗Hp治疗一直是靠使用抗生素进行治疗，但抗生素的滥用会导致Hp耐药菌不断产生。可喜的是，中国大陆科学家成功研发出世界首个Hp疫苗，已完成Ⅲ期临床研究，研究证明口服重组幽门螺杆菌疫苗具有良好的安全性和免疫原性，能有效降低由该菌感染引起的胃炎、胃及十二指肠溃疡及胃癌发病率，这对预防幽门螺杆菌所致的胃癌是个重要进步。

（二）

吃药也能防癌？

癌症的预防主要是通过环境治理以及不良生活方式和行为干预等，通常不会用到药物，在我们的观念中，治疗癌症才会用到药物。而其实癌症的预防在某些情况下确实可以使用药物，这也就是所谓的“肿瘤化学预防”，或者称“肿瘤化学干预”。化学药物干预是癌症预防的重要组成部分，是癌症预防的重要手段之一。

什么是癌症的化学药物干预？就是使用某些天然或人工合成药物来阻断、延迟或逆转致癌过程，说得通俗一点，就是给健康的人服用某些天然的或人工合成的化合药物，这些药物主要作用是抑制、阻断、延迟或逆转肿瘤的发生过



程，从而降低肿瘤发病和死亡率。

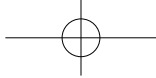
但显而易见，是药三分毒，化学药物或多或少会有一定的毒性，本来没有癌症，只是为了预防而去服用化学药物，不怕药物的毒副作用吗？没错，化学药物的毒副作用是进行化学药物预防必须要考虑到的一个重要方面。

用于癌症预防的化学药物是为了预防癌症而不是为了治疗癌症，服用这些化学药物的对象是正常健康人群或某些癌症高危人群（仍然算健康人群），而且通常要较长期服用，当然要考虑到可行性和安全性，也就是这些药物必须是无毒的或者毒副作用极少，否则不可能进行下去，除此之外，当然还必须得有效，防癌机制要明确，只有明确有效的化学药物才能用于预防癌症，无毒但没有效果同样是废料，这个有效是指能降低患癌风险，可不是某个人说了算，不能只是理论上分析有效，必须经过大规模研究证实有效。由于要服用较长时间，还必须使用起来简单方便，不能太复杂，用起来麻烦复杂就会导致依从性差，难于坚持，很显然，静脉或皮下或肌肉注射的剂型既不方便也增加成本更会带来肉体的伤害，因此化学预防药物一般采用口服制型；另外价格也不能太贵。正是因为必须要符合这些条件，所以目前为此，真正用于癌症预防的药物很少。

哪些化学药物可以用来防癌？以下介绍几种可用于癌症化学预防的药物，供大家参考。

1. 非甾体抗炎药：比如阿司匹林、塞来昔布等。近年来研究证明以阿司匹林为代表的非甾体消炎镇痛药可以降低某些癌症的发生风险。比如美国一项随机试验表明，健康女性长期隔日、小剂量服用阿司匹林可降低结直肠癌危险；另有研究显示常规应用阿司匹林可降低BRAF野生型结直肠癌的发病风险，但目前并不推荐其用于一般人群。还有研究发现，与正常人群相比，长期使用阿司匹林的人群其胃癌、乳腺癌、膀胱癌发病率会明显下降，但肺癌、肾癌、血液淋巴肿瘤的危险性却反而可能上升，这提醒我们，癌症预防药物不可滥用。另外，塞来昔布用于18岁以上家族性腺瘤性息肉病（FAP）者，可减少家族性腺瘤性息肉的数目和大小，降低结肠癌发病风险。

2. 以他莫昔芬（三苯氧胺）为代表的激素类或激素受体调节类药物。研究发现，他莫昔芬可以降低乳腺导管原位癌和非浸润性乳腺癌复发的危险性，而



且可以明显减少对侧乳腺发生癌变的危险性。美国临床肿瘤学会指南建议对于35岁及以上年龄的乳腺癌高风险女性人群（所谓的高风险，是指年龄至少在35岁以上，通过Gail模型计算，5年乳腺癌预测风险 $\geq 1.67\%$ ）或患小叶原位癌的绝经前和绝经后女性，为降低ER（雌激素受体）阳性浸润性乳腺癌的风险，建议每日口服他莫昔芬20mg治疗5年。另外，雷洛昔芬、阿那曲唑、依西美坦可用于绝经后妇女，比如，每日口服雷洛昔芬60mg，持续服用5年，是降低绝经后高危妇女乳腺癌危险性的可行的替代选择。

另外，对他莫昔芬可能的副作用也应心中有数，比如潮热、盗汗、阴道出血、阴道干涩，以及增加血栓相关事件和子宫内膜癌的发病率，具有某些特定疾病史的人群不适合应用他莫昔芬，比如有深静脉血栓病史或肺栓塞病史者，有动脉粥样硬化、中风病史者，以及子宫内膜癌高危人群等。因此，以预防为目的服用这类药物必须在医生的指导下视具体情况进行，建议一定要和医生充分沟通商议权衡利弊和风险获益比后慎重服用。

最后必须强调，癌症的预防是一个综合体，不要指望只靠某一种措施或手段完全预防癌症的发生，完全避免癌症是不可能的，我们能做的是尽可能将癌症发生的可能性降低。化学药物当然也是其中可以考虑的一种措施，但以预防为目的的服用化学药物，主要还是针对某些癌症的高风险人群，或者针对某些地区或国家进行有针对性的人群预防。以预防为目的使用这些药物，应在专业医生的监督和指导下进行，切不可擅自滥用，否则适得其反。

（三）

防癌，不能一切了之

2013年5月14日，一则爆炸性新闻引发关于“乳腺癌预防”话题的热烈讨论和关注。据报道，美国著名女影星安吉丽娜·朱莉向外界公开透露她进行了预防性双乳切除手术。朱莉的母亲于2007年死于卵巢癌，基因检测结果显示朱莉携带有一个所谓的缺陷基因BRCA1，表明她患乳腺癌和卵巢癌的风险较高。为了降低风险，她接受了双侧乳腺切除手术。



那么预防性乳腺切除手术真能预防乳腺癌吗？对于没有乳腺癌家族史的一般妇女当然没有必要进行乳腺切除来预防乳腺癌。对于家族性乳腺癌高危人群，则要视具体情况而定，目前尚存有一定的争议，相关的研究资料和证据大多来自欧美国家，中国人群这方面的研究仍欠缺。个人观点是不反对不推荐，具体情况具体分析。

研究发现，约1%的乳腺癌有家族史，并可能存在BRCA1/2基因突变，这些妇女一生中得乳腺癌的危险高达80%，预防性乳腺切除可以使这些妇女得乳腺癌的可能性明显下降，当然也只是概率上的可能性，不是绝对，因此对这部分人群可以考虑做预防性乳腺切除术，但不是一定要做。预防性乳腺切除术可以是乳房全切术，也可以是皮下乳房切除术。

我国的乳腺癌发病率比欧美国家要低，而且中国患者BRCA1基因突变的比例也远低于欧美国家人群，因此中国妇女不要跟风仿效朱莉的做法。而且要知道，切除乳腺也并不能将得乳腺癌的风险降为零，因此预防乳腺癌不能简单地“一切了之”。是否要行预防性乳房切除术，要视本人意愿、心理焦虑状态等，在专科医生的指导下，综合考虑各方面的具体情况，权衡利弊，慎重抉择，关键是不能跟风，不能草率行事。

除了预防性的乳腺切除，还有预防性的卵巢输卵管切除术。2015年3月，安吉丽娜·朱莉再出爆炸性新闻，据国外媒体报道，朱莉曾经为防止患乳腺癌，接受手术切除了乳腺，现在她再一次出于相同考虑，为了防止患上卵巢癌，她手术切除了卵巢，即所谓预防性卵巢输卵管切除术，朱莉还将自己的经历以日记形式和大家分享。

那卵巢输卵管切除真能预防卵巢癌吗？5%~10%的卵巢上皮癌具有遗传异常，其发生与3个遗传性癌综合征有关，即：遗传性乳腺癌—卵巢癌综合征、遗传性位点特异性卵巢癌综合征、遗传性非息肉性结直肠癌综合征，其中最常见的是遗传性乳腺癌—卵巢癌综合征。真正的遗传性卵巢癌，和乳腺癌一样，主要是由于BRCA1和BRCA2基因突变所致，就朱莉的公开日记中描述来看，她应该是属于这种情况，事实上她的家中有三位女性都因此去世，她的基因检测也确认了她携带BRCA1和BRCA2突变基因，可以说朱莉处于患乳腺癌和卵巢癌的高度风险中，正如她在日记中写到的“一次简单的血液检查，我被查出有基因变异，这让我有87%的可能性患上乳腺癌，50%的可能性患卵巢



癌。我的母亲，外婆和姨妈都因癌症去世。”因此，综合考虑，她的选择是可以理解的。

除了以上这种较为极端的切除正常组织器官的方式，另外还有一些癌前病变或癌前高危状态的手术干预有助于防癌，也就是对一些异常情况的矫治，或者对一些癌前病变的切除手术。比如：包皮过长和包茎，如果尽早进行手术干预，可以减少阴茎癌的风险；对宫颈中重度不典型增生进行锥切术；大肠息肉特别是家族性大肠息肉增生进行肠镜下电切术或腺瘤切除术。某些情况下对可能恶变的色素痣进行切除术，但不要采取所谓的激光烧痣或民间土法点痣。而且切记，应将切下来的组织常规送病理组织检查以明确病变性质。



5

特别的爱，给特别的你

无事则深忧，有事则不惧。

——宋·苏辙

有一类人群，相比一般人群，其患某种癌症的概率更高，我们称之为高危人群，也就是患某种癌症的高风险人群，针对高危人群应该采取更积极主动的防癌干预和癌症筛查措施，比如更密切的防癌体检筛查，必要时进行化学药物干预。

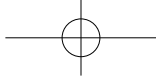
为了更有针对性的防癌，大家还应该要知道一些常见癌种的发病高危因素。“特别的爱给特别的你”，知晓癌症高危因素，心中有数早打算。

乳腺癌高危因素：乳腺癌家族史、BRCA1/2基因突变、一侧乳腺癌病史对侧乳腺癌患癌风险大、既往胸壁放疗史、暴露于高雌激素环境中（月经初潮年龄小、绝经年龄晚、终生不婚或未育、首次足月产年龄大于30岁等）、从未哺乳或哺乳时间短、外源性雌激素过多摄入、高脂高能量饮食、超重肥胖、重度乳腺囊性增生病等。

食管癌高危因素：年龄超过40岁、来自食管癌高发区、不良饮食习惯（腌制品摄入过多、喜食烫食热茶、高盐饮食、食物粗糙、进食快）、吸烟饮酒、食管癌家族史、食管慢性炎症、反流性疾病、食管贲门失弛缓症、食管疤痕狭窄、食管白斑病等。

胃癌高危因素：年龄超过40岁，来自胃癌高发区、不良饮食习惯（饮食不规律、饮食过快过饱、暴饮暴食等）、饮食不洁、喜食烟熏和煎炸烤食物、长期高盐饮食及盐渍腌制烟熏食品（如腌鱼、咸菜）、常食用变质霉变食物、喜食红肉、新鲜蔬菜水果摄入少、营养失衡或缺乏、吸烟酗酒、胃癌家族史、慢性萎缩性胃炎、慢性胃溃疡、胃息肉或做过胃部手术残胃、幽门螺杆菌感染等。

肝癌高危因素：年龄40岁以上（女性可延至45岁以上）、吸烟、长期饮酒、乙肝病毒携带者、慢性病毒感染（乙肝或丙肝）病史、肝硬化、某些微量元素缺乏、饮用水污染等。



大肠癌高危因素：高动物蛋白、高脂肪和低纤维饮食、久坐、缺乏体力活动、超重和肥胖、慢性溃疡性结肠炎、家族性腺瘤性息肉病、结肠腺瘤、克罗恩病、结肠癌家族史等。

胰腺癌高危因素：吸烟、嗜酒、高脂肪高蛋白高热量三高饮食习惯、慢性胰腺炎等。

肺癌高危因素：40岁以上、肺癌家族史、有长期吸烟史、吸烟指数在20包年以上（吸烟年数×每日吸烟包数）、戒烟没超过15年、或长期被动吸烟史、或长期工作在密闭环境中、长期工作在粉尘颗粒较多的环境中，或其他的职业暴露史（石棉、镍、铬、铀、氡等）、室内装饰材料空气污染、长期接触厨房油烟、居住地环境污染严重等。

卵巢癌高危因素：卵巢癌家族史、遗传性位点特异性卵巢癌综合征、遗传性乳腺癌卵巢癌综合征、遗传性非息肉病性结直肠癌综合征、初潮年龄早、绝经年龄延迟、未产、不孕、长期使用促排卵药物、高脂肪饮食、肥胖超重等。

宫颈癌高危因素：宫颈癌家族史、人乳头状病毒（HPV）持续感染、吸烟、首次性生活过早、性行为混乱、多个性伴侣、滥性、早婚、初产年龄早、多孕多产、丈夫婚外性行为、丈夫阴茎癌、丈夫或性伴侣的阴茎包皮垢等。

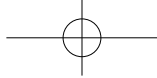
子宫内膜癌高危因素：未生育或少育、月经初潮早或绝经延迟、内源性或外源性雌激素过量、长期服用三苯氧胺、超重肥胖、高蛋白高脂肪高糖饮食、高血压、糖尿病、盆腔放射史、有家族史遗传背景的女性、多囊卵巢综合征病史等。

膀胱癌高危因素：长期吸烟、职业危险因素（从事化工业、造纸业、长期接触染料、橡胶塑料制品、油漆、皮革、洗涤剂、杀虫剂等）、慢性膀胱炎、长期异物刺激（膀胱结石等）、长期尿道梗阻、盆腔放疗史、遗传易感性等。

肾癌高危因素：吸烟、肥胖、高血压及抗高血压治疗、糖尿病、高脂肪饮食、职业暴露长期接触镉、焦碳、氯化有机溶剂、石油化工制品等、肾癌家族史等。

前列腺癌高危因素：前列腺癌家族史、50以上尤其是70岁以上老年男性、肥胖、大量脂肪摄入、吸烟、长期大量饮用烈性酒等。

最后要特别强调的是，以上所说的高危因素有的已经相当明确，有的还不



谈“情”说“癌”

肿瘤专科医生告诉你如何识癌、防癌、查癌、抗癌

是很明确，存有争议，因此只能作为参考。另外，高危因素只是说明有更高的患癌风险，但不等于就一定会得癌，只是提醒你要更重视和提高警惕，要做好防癌措施，尽可能去远离这些致癌因素，有的所谓高危因素非人力所能控制，那就做好体检和筛查，关键是心理要重视。



6

心理垃圾扫一扫

世界如一面镜子：皱眉视之，它也皱眉看你；笑着对它，它也笑着看你。

——塞缪尔

除了不良的行为和生活方式等等这些外在因素，内在的精神心理因素是否也有可能增加患癌风险，个人觉得有这个可能，但目前这方面的研究证据似乎并不充分，存在争议。因此，通过对精神心理因素进行干预来预防癌症，目前也是没有充分证据的。

但没有充分的研究证据，并不等于完全没有证据，并不等于癌症与心理因素就毫无关联。事实上，有不少研究提示精神心理因素与癌症之间的关系。据统计资料，很多癌症患者有较明显的心理应激反应或心理障碍，在临床实践中也确实观察到这个现象。当然，不可否认，这方面的研究多数是回顾性的，很难确定是这些精神心理因素导致癌症的发生还是癌症发生后导致这些精神心理改变，也就是说，它们之间的因果关系尚不明瞭，这也正是精神心理因素存在争议的最主要原因之一。

相比与发病的关系，精神心理因素与癌症发展和转归的关系可能更为明确，也就是说，不良的负面情绪心理可能会加速癌症恶化过程，而积极的正面情绪心理则会有助于癌症的控制。事实上，癌症病人的精神心理行为干预治疗已成为癌症综合治疗的一个组成部分。

另外一个要注意的问题是，精神心理因素对生活行为方式致癌的间接作用，比如精神紧张、压力大、焦虑，很多人就会试图通过吸烟、酗酒或过度进食等方式来缓解紧张和压力以及焦虑。长期的精神紧张和高压，就可能导致长期的不良生活和行为方式（吸烟、酗酒或过度进食等），积累下来，间接地也就增加了癌症发生的风险。

不良的负面心理情绪，比如长期处在焦虑和压抑之中，会消耗人的精力和体能，让人食欲下降，睡眠质量下降，体重下降，生活缺乏激情，通过神经和体液系统等机制降低机体免疫力，这就为癌症的发生提供了某种可能性。当然，偶尔或短期内的消极负面情绪没有这么大的威力，所有导致癌症发生风险



增加的因素都不是短期作用的结果，负面的消极情绪长期作用于神经系统，造成自主神经功能和内分泌功能的失调，机体的免疫功能受抑制，癌细胞就容易突破机体的免疫防御。

谈到癌症与心理因素的关系，有的人会用癌症性格一词。到底有没有癌症性格？个人认为不应该把性格戴上癌症的帽子，因为性格是一个人固有的，尽管有可能通过努力改变，但比较难从根本上改变，有宿命论之嫌，这就会导致有某些性格的人产生恐慌心理，认为自己得癌症无可避免，是注定要得癌的。

除了负面心理因素本身，度是一个很重要甚至是决定性的因素，所谓“离开剂量谈毒性都是耍流氓”，因为短时期内的负面情绪心理是再正常不过，每个人都会有，关键是不要“过分”、“过度”、长期积累，不要让不良情绪心理淤积，淤积就成了情绪垃圾。

心理垃圾当然是不好的，至少不是我们想要的，应该要清理掉。长期处于这些负面情绪心理中，当然不会对健康有利，即便不得癌，也容易得其他疾病。道理懂，关键是如何去克服？心理层面的东西，最终还是得靠你自己修炼，别人说得再多，你不听，或者听了不去做，也是白搭。另外，必要时主动寻求心理医生的帮助。

清扫情绪垃圾，呵护机体免疫力，将癌症挡在门外。



7

千里之堤，溃于蚁穴

不积跬步，无以至千里；不积小流，无以成江海。

——荀子

除了避免和减少外来致癌因素的直接侵袭，防癌的另一个重要方面是呵护和提升机体内在的免疫力，所谓御外必先强内。

机体免疫力，也就是机体对抗外来致癌因素侵袭的能力，一旦这个能力削弱或丧失，那么等于举械投降，丢了根本，正如打仗丢了根据地，不等敌人来进攻，自己先溃不成军。暴露于同样的外界致癌因素之中，免疫力弱的人肯定更容易得癌。

艾滋病大家都听说过，其实艾滋病的全名是获得性免疫缺陷综合征，什么意思？就是说，感染了这种HIV病毒（艾滋病病毒），它会慢慢侵袭破坏病人的免疫力，直至免疫力丧失，一旦丧失免疫力，什么问题都会来，所以艾滋病人一旦发病，特别容易感染，特别容易得各种癌症，像是脆弱的玻璃人。免疫缺陷的病人甚至还可能被传染上癌细胞。据报道，美国科学家发现一种名为短膜壳绦虫的寄生虫把癌细胞传染给一名41岁的艾滋病男性病人并在体内造成瘤状肿瘤，对于免疫缺陷的人，真是一切皆有可能。在我看来，这个发现主要并不是为了说明癌症具有传染性，而是再次印证了宿主免疫功能的重要性。

有人会问，怎样去呵护人体免疫力？其实对于普通人群，吃得好、睡得好、拉得好、改变不良生活方式等等这些不用花钱的再简单不过的事，就是最好的呵护免疫力之道。

所谓的“吃得好”，这里的“好”，不是说什么吃山珍海味，也不是指吃什么补药补品，是指科学合理均衡的膳食，能保证全面的营养摄入，这是呵护和提升免疫力的基石和前提。没有全面、足够、均衡的营养，机体免疫力的提升就是无本之源，成了空话。

所谓的“睡得好”，这里说的“好”，也不是说睡得越多越好，而是指既要保质睡眠时间，也要保证睡眠质量。别太劳累，该休息时要休息，不要透支，要劳逸结合，睡眠作息要有规律，尽量不要熬夜。



所谓的“拉得好”，也就是大小便要正常通畅，不要憋尿，规律排便，不要便秘。

上要吃得好，下要拉得好，还要睡得好，才是健康，才能保证机体正常运转。对机体免疫力无形的伤害，就是日常生活中的各种不良生活和饮食方式，包括作息无规律、熬夜、久坐、吸烟、酗酒、少运动等等，因此改变不良生活方式是防癌的基本内容。

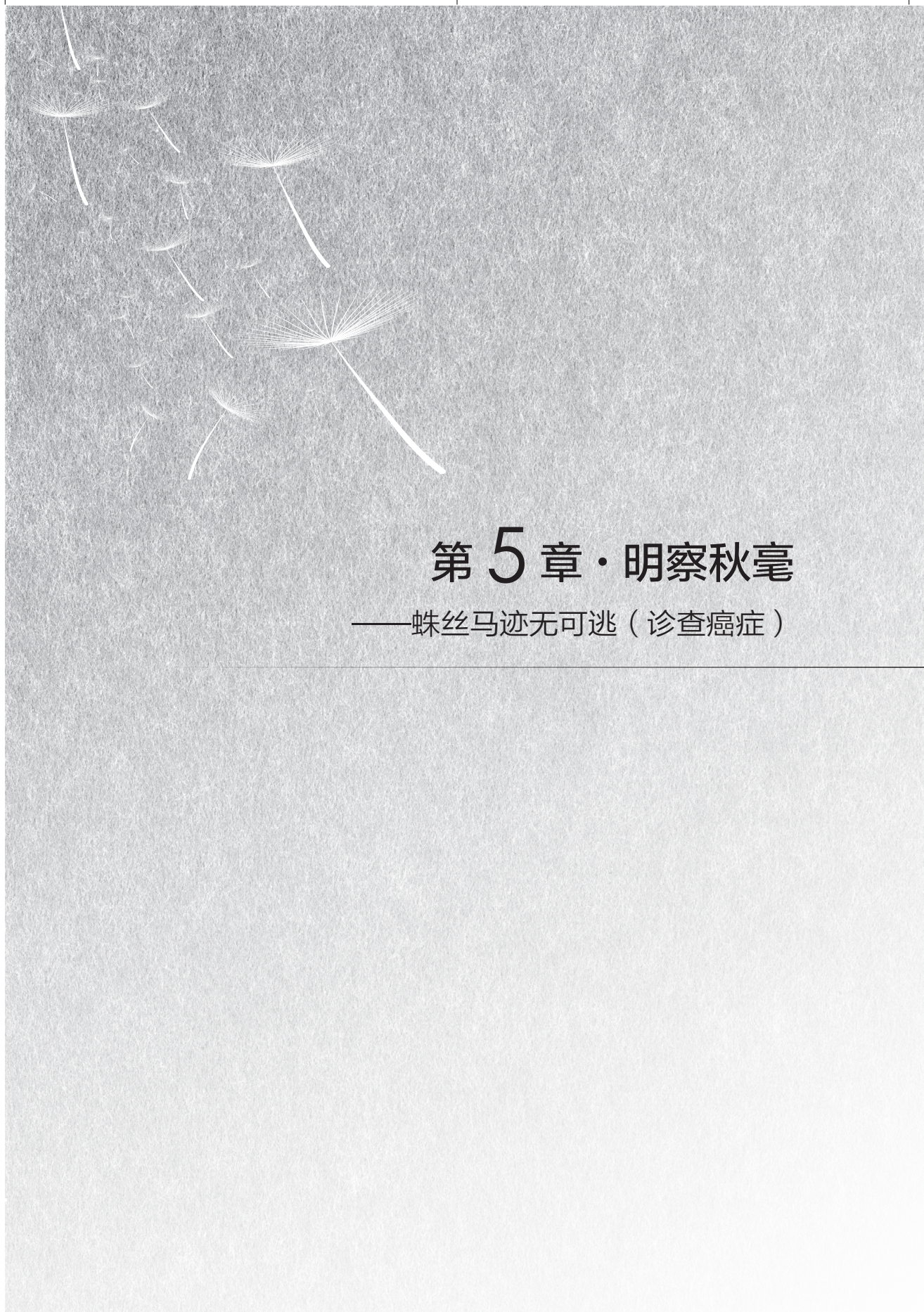
还有一个是心理层面因素，这个尽管没有充足的证据，但注重修身养性，培养兴趣爱好，学会减压放松身心，远离焦虑等负面情绪，有益无害。乐观、积极向上、心宽的人，对疾病的抵抗力从概率上要比那些悲观、焦虑、压抑、不快乐、心胸狭窄的人强一些。

以上说的其实主要是呵护免疫力，也就是守住、不削弱机体固有的对疾病的抵抗力。至于如何主动采取某种方法去增强免疫力，这个就没有那么简单，目前似乎还没有什么药物（包括所有的这个那个的所谓补药补品）有充足的研究证据支持可以增加免疫力从而预防癌症。那些打着增强免疫力旗号的所谓防癌补药补品并不靠谱，没有研究证据支持。

很多中国老百姓对补药补品有迷信心理，总指望着依靠使用所谓的补药或保健品来强身，总希望有某种吃了马上见效的强身健体之“神药补品”，其实所谓的这些补药补品多数是不靠谱的民间传言或商家宣传，某些特殊情况下如果确有必要，请听从正规医生的意见，而不是想当然地去吃各种没有多少证据支持的所谓补药补品。

最后特别强调一点，那就是坚持的重要性。在我看来，这世界上最可怕的是坚持，最有力量的也是坚持。为什么说最可怕的是坚持？如果你坚持做错误的事，一些不良生活习惯如久坐、吸烟、嗜酒、熬夜，也许短期内看不出伤害，等到一二十年后，你就会后悔，癌症不是一日养成的。为什么说最有力量的也是坚持？如果你能坚持做正确的事，哪怕是毫不起眼的小事，比如坚持运动，坚持戒烟到底，坚持改变不良的生活方式，你就会受益终生，很多防癌的措施，必须要坚持才能见成效。

很多人总想着有个一步到位防癌秘诀，其实防癌就在生活的细节中，就在对细节的坚持。曾经有粉丝在我的微博留言说“大病总是来自平常的不注意与无所谓”，说得非常好。正所谓，千里之堤，溃于蚁穴，小事不慎，将酿成大祸。勿以善小而不为，勿以恶小而为之。



第 5 章 · 明察秋毫

——蛛丝马迹无可逃（诊查癌症）



1

健康体检，做还是不做

我们所有的知识都开始于感性，然后进入到知性，最后以理性告终。没有比理性更高的东西了。

—— 康德

经常听人抱怨：每年做体检，可是却突然查出得了癌症，而且已经是晚期，体检有个屁用。也有人说，只要每年做一次体检，就不用担心得癌症。

显然，这两种说法都是错误的，误把常规的健康体检当做防癌体检，误认为体检是万能的。老百姓通常所说的体检一般是指健康体检，但健康体检不等于防癌体检。所谓的健康体检，指的是一般性的健康检查，主要是了解受检者的一般健康状况和脏器功能，也就是很多单位每年搞的所谓体检，学校的入学体检或就业体检，比如一般性的体格检查、查血尿粪常规、查乙肝丙肝、肝肾功能，B超以及心电图等，有时也会查一两项肿瘤标志物（通常是癌胚抗原CEA）。

这些检查当然也有用，健康体检嘛，针对性并不强。这本身没有错，错的是做体检的当事人无意中放大了健康体检的作用，期望值过高，或者可能是提供健康体检的机构出于商业利益的宣传误导了大家，于是大家以为这种体检如果正常，就等于身体没问题，可以高枕无忧，实在是大错特错。

当然这绝不是要否定健康体检，健康体检还是很有必要的，定期进行健康体检，对心、肝、肾功能、血糖、血脂、血压等进行检查，对发现的异常情况，比如血压高、血糖高、血脂高等，找相应的专科医生咨询，在医生的指导下尽早进行恰当的干预处理或随访复查，并指导调整生活方式。同时注意对比每次体检资料，动态衡量健康指标。有时，这种常规的健康体检也可能会意外发现一些肿瘤。

没有哪项检查是全覆盖、万能的，每项检查只能解决某个问题，健康体检结果正常，远不能下结论没有得癌症，想要查癌，有必要进行防癌体检。

从字面上理解，防癌体检（癌症筛查）当然就是为了要防癌，其实准确地说应该是早诊筛查癌症，早期发现癌症。防癌体检是一种更专业、针对性更强



的体检方式。它由肿瘤相关专业人士来进行，采取更专业更有针对性的手段，目的是筛选癌症高危人群，早期发现癌症，尽早进行干预，从而降低癌症的死亡率。

防癌体检不是随意的，哪些人要做，要做哪些项目，怎么做，都是有讲究的，这正体现了防癌体检的针对性和专业性，也正是其与一般健康体检的根本区别所在。

其实即便是防癌体检也不能解决所有问题，防癌体检结果发现问题，多半确实是有问题（但也可能有假阳性），有必要进一步检查以明确诊断；防癌体检结果正常，也不能就此下结论说肯定没问题（可能存在假阴性）。不要说体检，即便是得了癌症之后的诊断性检查结果也只是作为参考，要综合各方面的信息资料进行判断，这正体现了医学的复杂性和医生的专业性，而不是拿本医学书或百度一下就来个照本宣科。

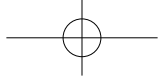
需要再三强调的是，没有万能的查癌手段，也没有一劳永逸的体检手段，体检的结果只能作为参考，需要专业人士综合具体情况进行判断。不要因为查出一两项所谓的肿瘤标志物偏高就弄得人心惶惶，背上不必要的心理负担，也不要因为检查结果正常，就想当然地认为从此可以高枕无忧。

还有一个体检方面的误区就是：随着PET/CT越来越普及，现在很流行所谓PET/CT体检，有人甚至宣称有没有得癌症做个PET/CT就知道，把PET/CT当成万能查癌机，这真是赤裸裸的商业宣传行为，贻害无穷！

不能因为有人通过做PET/CT检查而查出了癌症就认为有没有癌症做个PET/CT就知道，有的时候你自己无意中自摸或者一个简单的B超检查也可能无意中发现癌症，你当然不能说“有没有癌症摸一摸就知道”或者“有没有癌症做个B超就知道”，你得看这个检查发现癌症的概率有多大，还得看这个检查的风险利弊评估，以及性价比。

有的人说，我不差钱。这可不单单是差钱不差钱的问题，有钱也不能任性。PET/CT有它的医学适应证，通常不用于健康体检，也没有证据显示PET/CT推荐用于防癌体检。滥用PET/CT，有百害无一利。PET/CT作为健康体检手段，一是查出癌症的概率低，二是接受不必要的辐射，加上本身价格太贵，弊明显大于利，正所谓花钱还没买到好处。

当然PET/CT用于癌症诊断、分期和疗效评估是可行的，但也同样有使用



谈“情”说“癌”

肿瘤专科医生告诉你如何识癌、防癌、查癌、抗癌

的适应证，不是所有的恶性肿瘤都需要做PET/CT，即便你不差钱，也应听从专科医生的建议。不滥用PET/CT，但该用的还得用，不要一味拒绝，不要从一个极端走向另一个极端。



2

筛查，让“癌”无处可逃

人生布满了荆棘，我们想的唯一办法是从那些荆棘上迅速跨过。

——伏尔泰

经常听人感叹：现在得癌症的人可真多，让人防不胜防，该咋办啊？

最有效的当然是预防，也就是从源头上避免癌症的发生，但很多癌症预防措施在短时期内难以取得实效，有时甚至可能没有什么作用。怎么办？那就加强监控检查，主动出击，扼杀“癌”的苗头，尽早打击，而不是等到癌症肆虐失控时。目前比预防更重要也是更能取得实效的措施就是癌症筛查。癌症筛查是癌症二级预防的重要内容，也是核心内容。

什么是癌症筛查？癌症筛查，是针对那些外表健康、没有任何身体不舒服的无症状人群所采取的防癌措施，更准确地说是早期筛癌查癌措施，目的是筛出癌症高危人群以及高度可能患有癌症的人，早期发现癌症，从而实现早诊早治，最终目的是为了降低癌症的死亡率。

癌症筛查有利也有弊，比如可能有假阳性结果，从而带来过度诊断和过度治疗的问题，而且有的筛查手段本身对身体也可能带来一些潜在的伤害。另外，有些肿瘤目前还没有很有效的筛查手段，现阶段并不是所有肿瘤都需要进行筛查。

关于肿瘤筛查，有的已经达成较广泛的共识，或者仅有少量争议，有的则尚存在明显的争议，而且各个国家和地区由于国情地情不同，推荐筛查的癌种以及癌症筛查手段和起始年龄等各有不同，甚至差异很大。以下内容综合参阅了国内外相关的筛查指南和专家共识，实际执行时需权衡利弊后结合具体情况，仅供参考，筛查前务必咨询相关的专科医生。



(一)

头号杀手肺癌筛查：一招搞定

肺癌已成为严重影响人类健康、危害最大的恶性肿瘤，早发现早诊断早治疗是提高生存降低死亡率的关键，开展肺癌的早诊筛查非常必要。肺癌的筛查说简单也简单，一招就可以基本搞定，所谓的“一招”指的就是低剂量螺旋CT（LDCT）。

依照中华医学会放射学分会心胸学组2015年《低剂量螺旋CT肺癌筛查专家共识》（发表于《中华放射学杂志》2015年5月第49卷第5期），建议将高危人群定义为：（1）年龄50~75岁；（2）至少合并以下一项危险因素：①吸烟 ≥ 20 包/年，或者吸烟指数400年支以上（吸烟指数=吸烟的年数 \times 每日吸烟的支数），其中也包括曾经吸烟，但戒烟时间不足15年者；②被动吸烟者；③有职业暴露史（石棉、铍、铀、氡等接触者）；④有恶性肿瘤病史或肺癌家族史；⑤有慢性阻塞性肺病（COPD）或弥漫性肺纤维化病史。

关于初筛方案，以前采用胸部X线检查（X线胸片）或胸部常规CT（普通胸部CT扫描）联合传统的痰细胞学检查。但X线检查分辨率低，容易漏检，肺癌的检出率较低，通过X线发现的肺癌常常分期偏晚。研究显示，胸部X线检查并不能有效降低肺癌的病死率，目前不推荐胸部X线检查作为肺癌筛查手段，而常规胸部CT检查辐射剂量偏大，目前肺癌筛查仅推荐采用低剂量螺旋CT，它已成为最有效的肺癌筛查手段。最关键的一项研究证据来自2011年美国国家肺癌筛查试验（NLST），研究结果显示，与X线胸片相比，采用LDCT对肺癌高危人群进行筛查可使肺癌病死率下降20%，基于该关键研究以及多项其他研究结果，美国国家综合癌症网络（NCCN）、美国胸外科协会（AATS）、美国临床肿瘤协会（ASCO）、美国癌症协会（ACS）以及美国预防服务工作组（USPSTF）等多家权威医学组织发布的肺癌筛查指南均推荐在高危人群中进行LDCT肺癌筛查。

中国的《肺癌筛查专家共识》也同样推荐对高危人群进行LDCT肺癌筛查，建议高危人群50岁后每年做一次低剂量螺旋CT检查。筛查发现的肺内结节，根据具体情况决定下一步的随诊和处理方案。



(二)

两大红颜杀手筛查：钼靶和刮片

乳腺癌和宫颈癌是严重威胁女性健康的常见恶性肿瘤，是名副其实的两大红颜杀手，但同时它们又都是比较容易被早期发现的肿瘤。世界卫生组织已经确认，乳腺癌和宫颈癌可以通过筛查有效降低死亡率，因此筛查非常必要。这两大女性恶性肿瘤的筛查，为方便记忆可概括为“钼靶和刮片”，也即：乳腺癌的筛查主要靠钼靶，宫颈癌的筛查主要靠刮片。当然，具体筛查实施远没有这么简单，以下详细阐述。

乳腺癌筛查

筛查当然需要借助于一些检查技术和手段，先跟大家介绍一下乳腺癌筛查可能会用到的检查手段和措施。

乳房自我检查（乳房自检），由于方便易行，曾经很受推崇，但后来研究发现，乳房自检并不能有效提高乳腺癌早期诊断检出率和降低死亡率，也就是说，它对筛查乳腺癌的价值非常有限，目前欧美国家不常规推荐妇女进行每月一次的乳房自检。那是不是说根本不必要做乳房自检呢？那倒也不是，要不要做乳房自检，由妇女自己决定，毕竟乳房自检对身体没有伤害，而且简便易行。在中国，还是应鼓励向妇女传授每月一次的乳房自检方法，这样至少可以增加女性对乳腺癌防治的重视，提高大家的防癌查癌意识。但如果打算定期做乳房自检，应先系统学习怎样规范自检，而不是随便自摸检查一下了事，那还不如不查。

乳房临床体检（医生手诊），即由医生对乳房（包括腋窝）进行体格检查，这比自我检查更进一步。但单独靠医生的手诊检查，效果并不理想，而且跟医生的查体水平也直接相关，因此，可以考虑作为乳腺X线钼靶筛查的联合检查措施。

乳腺X线摄片检查，也就是大家熟知的乳腺钼靶检查，这个有必要重点说一下。钼靶检查被用于乳腺癌筛查，在欧美国家已经使用几十年，研究表明，通过钼靶筛查发现乳腺癌，及时确诊并尽早治疗，可有效降低40岁以上妇女乳腺癌死亡率，已得到国内外多数专家的广泛认可。但近年来也有人提出，钼靶



筛查可能会带来过度诊断的问题，给当事人带来不必要的心理负担。也有人对钼靶筛查的价值提出质疑，比如2014年加拿大国家乳腺癌筛查研究发布25年的随访结果认为，钼靶筛查并不能明显降低乳腺癌的死亡率。那是不是就此否定钼靶筛查的价值呢？当然不是，筛查的依据不能来自单一的研究数据，要综合多个研究结果，总的来说，现有的研究数据多数还是支持钼靶筛查作为重要的乳腺癌筛查手段。钼靶筛查是一种X线检查，有的人对X线辐射有顾虑，事实上，常规的乳腺X线检查射线剂量低，只要不是过度滥用，不会对身体健康带来危害。

乳腺超声检查，一般不推荐单独作为筛查手段使用，可以作为钼靶筛查的联合检查措施或者必要情况下的补充检查措施。单纯用超声检查作为乳腺癌筛查手段，降低乳腺癌死亡率的证据目前还不是很充足。

乳腺核磁共振检查（MRI），灵敏度比较高，但花费比较大，而且乳腺磁共振的检查时间比较长，加上需静脉注射增强剂，属微创性检查，一般人群不建议采用这种筛查手段，但可以考虑联合乳腺钼靶用于某些高危人群的筛查。另外，当钼靶或超声检查发现可疑病灶时，也可进一步行乳腺磁共振检查。

这些筛查手段应该如何选用？具体应综合多种因素，包括年龄、乳房致密度、乳房大小、国情、经济发展水平等，进行优化组合。比如，钼靶检查对密度低（松弛）的乳房以及更年期后的女性乳房，有更大优势；而较年轻女性、更年期前女性乳房通常较为致密，钼靶显像水平较差，检出效率低，容易漏检。超声检查恰好相反，对年轻女性、腺体致密乳房、较小乳房有更高的检出率。又比如，不同国家的女性也存在不同情况，中国女性多数体积较小且致密，而且发病年龄更轻，很多中国女性乳腺癌发病年龄在更年期前，乳腺超声检查在我国成为重要的筛查方法。因此，要结合具体情况，多种手段相互补充。

依照《中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范（2013版）》第一部分《乳腺癌筛查指南》，对于一般风险人群，40岁以下（20~39岁）不推荐对非高危人群常规进行筛查；40~49岁的女性，推荐每年进行1次乳腺钼靶检查，致密型乳房推荐和B超检查联合进行，推荐配合医生手诊；50~69岁之间的女性，推荐每1~2年进行1次乳腺钼靶检查，同样的，对致密型乳房推荐和B超检查联合进行检查，医生手诊也是必要的；70岁及以上女性，也建议筛查，但检查频



度可稍低一些，每2年进行1次乳腺钼靶检查，对致密型乳房也同样推荐和B超检查联合进行，但这个年龄段的老年女性致密型乳房极少，医生手诊同样是推荐的。

乳腺癌高危人群（有明显的乳腺癌遗传倾向者，既往有乳腺导管或乳腺小叶中、重度不典型增生或小叶原位癌患者，以及既往曾接受过胸部放疗者）建议40岁前就开始进行筛查（一些乳腺癌高危人群可将筛查起始年龄提前到20岁），推荐每半年筛查1次，筛查手段除了一般风险人群常用的医生临床体检、乳腺超声、乳腺钼靶检查之外，乳腺磁共振也是一个很重要的可选检查手段。

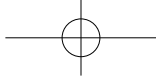
宫颈癌筛查

宫颈癌筛查通常需由妇科医生/妇科肿瘤医生来实施，因为它的一些操作和检查手段是其他专科医生无法完成的，比如妇检，比如宫颈脱落细胞取材涂片。

所谓的宫颈脱落细胞涂片检查，就是通常大家听说的“宫颈刮片”，它是最简便有效、广泛应用的宫颈癌筛查方法，也是宫颈癌筛查的常规检查项目。但受实验条件和技术水平的影响较大，准确性会受到取材方法、涂片技术、染色技巧和读片水平等因素影响，灵敏度差异较大。针对传统巴氏涂片技术存在的问题，液基薄层细胞学技术（TCT）提高了发现宫颈病变的灵敏度，增加了结果的可信度，使宫颈癌的诊断率显著提高，成为当前最重要的宫颈癌筛查方法之一。宫颈细胞学筛查是早期发现宫颈癌及癌前病变的主要方法。

由于人乳头状瘤病毒（HPV）的持续感染与宫颈癌的关系密切，对HPV-DNA进行分子生物学检测也是重要的宫颈癌筛查辅助手段，通常不作为单独的宫颈癌筛查方法。但美国妇产科医师学会最近开始考虑把HPV检测作为单独的宫颈癌筛查手段，认为单一采用HPV检测可以考虑作为25岁以上女性的细胞学筛查之外的另一种选择，不过目前这一观点尚未得到普遍认可，还没有被收入任何重要的指南里。

综合参照美国癌症协会（ACS）、美国阴道镜及宫颈病理学会（ASCCP）、美国临床病理学会（ASCP）、美国妇产科医师学会（ACOG）、美国国家综合癌症网络（NCCN）发布的宫颈癌筛查指南：（1）无论采取哪



种筛查方法，所有年龄的女性都没有必要每年进行筛查。（2）无论是否有性生活史，女性应从21岁开始进行筛查，应避免对年龄小于21岁的女性进行宫颈癌筛查；（3）21~29岁女性建议每3年进行1次宫颈细胞学检查，HPV-DNA筛查不推荐用于21~29岁的妇女，因此不建议该年龄段女性使用联合筛查，但如果细胞学检查结果阳性，视情况也可考虑进行HPV检测；（4）30~65岁女性，每5年进行1次HPV检测和宫颈细胞学检查联合筛查（首选方案），或者也可以每3年进行1次宫颈细胞学检查（可接受方案），如果细胞学检查结果阳性，考虑进行HPV检测；（5）如果既往筛查结果均正常，65岁以上女性不建议继续筛查，但停止筛查应满足以下条件：在此前10年的最近5年间，连续3次宫颈细胞学筛查结果为阴性，或者连续2次HPV检测联合宫颈细胞学检查均为阴性，并且没有高度鳞状上皮内病变、原位腺癌或癌症病史。（6）不管是否接种了HPV疫苗，筛查方式相同，均按以上筛查建议执行。（7）以上建议适用于宫颈癌一般风险的女性，对宫颈癌高危人群，如因接受器官移植、化疗或长期皮质激素治疗导致免疫功能受损者，人类免疫缺陷病毒（HIV）检测阳性者，存在宫内己烯雌酚暴露者（高雌子宫的女性），或有宫颈癌病史者，指南没有提供明确的建议，该类人群应考虑进行更频繁的筛查。

中国女性是否遵照以上筛查指南，值得商榷，仅供参考。部分中国专家建议21岁以上有性生活史的女性，每1~2年做一次宫颈细胞学检查，30岁以上女性推荐最佳筛查方案是宫颈细胞学检查联合HPV检测，如果细胞学检查结果正常且HPV检测阴性，筛查间隔可延长至3~5年。如果筛查发现异常或可疑异常，应视具体情况考虑进一步行阴道镜检查，必要时取活检，然后根据活检病理检查结果做相应的处理。

（三）

消化系统肿瘤筛查：两镜一超

消化系统恶性肿瘤，比如食管癌、胃癌、大肠癌、肝癌等，是发病率高的常见肿瘤，中国更是食管癌、胃癌和肝癌的高发国家，大肠癌的发病也呈现逐年升高趋势。但这些肿瘤早期较少有症状，甚至没有明显症状，即便有症状也



没有多少特异性，诊断时常常已经是中晚期。早发现早诊断早治疗是降低死亡率的关键，做好早诊筛查至关重要。

对于这些常见消化系统恶性肿瘤的筛查，可以简单地概括为：两镜一超。什么意思呢？也就是说，食管癌和胃癌主要靠胃镜，大肠癌主要靠肠镜，肝癌主要靠超声。当然，这只是为了方便大家记忆，真正实施起来要比这个复杂，以下分别展开论述。

食管癌筛查

目前国际上还没有统一的食管癌早诊筛查指南或规范，中国的经验支持在食管癌高发区及高危人群中开展食管癌筛查。

中华医学会消化内镜学分会和中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会发布的《中国早期食管癌筛查及内镜诊治专家共识意见（2014年）》认为符合以下第1条和2~6条中任一条者应列为食管癌高危人群，建议作为筛查对象：（1）年龄超过40岁；（2）来自食管癌高发区；（3）有上消化道症状；（4）有食管癌家族史；（5）患有食管癌前疾病或癌前病变者；（6）具有食管癌的其他高危因素（吸烟、重度饮酒、头颈部或呼吸道鳞癌等）。

关于筛查方法，专家共识认为内镜（胃镜）下食管黏膜碘染色加指示性活检的组合操作技术是我国现阶段最实用有效的筛查方法，电子染色内镜等内镜新技术在早期食管癌筛查中的应用价值尚处于评估阶段，而既往使用的食管拉网细胞学检查和上消化道钡餐等筛查方法因诊断效能及接受度等问题，已基本被淘汰，不做推荐。

关于内镜筛查流程，推荐对食管癌高危人群先做普通内镜检查，并行食管黏膜碘染色或电子染色内镜等精查，如内镜下没有发现可疑病灶，则定期随访；如内镜下发现可疑病灶，则进行活检病理检查，然后根据不同的病理结果采取相应的随访复查和处理方案，比如对轻度异型增生，建议3年随访一次；中度异型增生每年随访一次；重度异型增生、原位癌、黏膜内癌等，则进行内镜下治疗等。

胃癌筛查

国际上同样没有统一的胃癌早诊筛查指南或规范，根据中华医学会消化内



镜学分会和中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会发布的《中国早期胃癌筛查及内镜诊治专家共识意见（2014年）》做如下建议。

关于筛查对象，以40岁作为胃癌筛查的起始年龄。根据我国国情和胃癌流行病学，符合以下第1条和第2~6条中任一条者均应列为胃癌高危人群，建议作为筛查对象：（1）年龄40岁以上；（2）胃癌高发地区人群；（3）Hp感染者；（4）既往患有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、手术后残胃、肥厚性胃炎、恶性贫血等胃癌前疾病；（5）胃癌患者一级亲属；（6）存在胃癌其他高危因素（高盐、腌制饮食、吸烟、重度饮酒等）。

关于筛查方法，包括血清胃蛋白酶原（PG）检测、血清胃泌素17（G-17）检测、上消化道X线钡餐检查、内镜（胃镜）检查等。目前胃镜检查已基本取代X线钡餐检查，成为最常用的胃癌检查手段，但在我国，结合当地医院实际情况，可酌情考虑使用上消化道X线钡餐检查进行胃癌初筛。

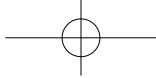
内镜及活检是目前诊断胃癌的金标准，但内镜检查依赖设备和内镜医师资源，且内镜检查费用相对较高、具有一定痛苦，被检查者接受程度相对较差。因此，除了直接进行胃镜筛查，也可以先采用非侵入性的血清胃蛋白酶原（PG）检测和危险因素问卷调查作为初筛手段，筛出胃癌高风险人群，再进一步行胃镜检查，似乎更为可行。如果胃镜检查发现可疑病灶，则取活检送病理学检查，后续根据活检病理结果采取相应的随访复查和处理方案。

大肠癌筛查

大肠癌是国际上公认的可以通过人群筛查降低死亡率的恶性肿瘤之一，大肠癌筛查常用的技术手段主要包括：结肠镜、乙状结肠镜、结肠钡餐造影检查、CT结肠成像，以及大便潜血试验（FOBT）、大便DNA检查等。

视情况可选择直接筛查法，即直接进行结肠镜检查，敏感性高，较少漏诊，但费用较高；也可以考虑二步筛查法，即先通过大便潜血试验、病史症状高危因素问卷调查等进行初筛，确定高危人群，然后再对高危人群行结肠镜检查。

参照美国国家综合癌症网络（NCCN）和美国癌症协会（ACS）筛查指南，建议一般风险人群从50岁开始进行筛查，以下五选一：（1）每年做一次高敏感度化学法大便潜血试验（FOBT）或免疫法FOBT，每3年做一次大便



DNA检查；（2）每5年做一次乙状结肠镜（可联合FOBT）；（3）每5年做一次双重对比钡剂灌肠；（4）每5年做一次CT结肠成像（CT虚拟结肠镜）检查；以上检查如果发现异常，进一步行结肠镜检查；（5）每10年做一次结肠镜检查。

高危人群（结直肠癌治愈性切除史、腺瘤性息肉史、一级亲属结直肠癌或结直肠癌家族史、持续炎症性肠病、已知或怀疑存在遗传性综合征如Lynch综合征或家族性腺瘤性息肉病）应进行更高强度的筛查，包括更早开始筛查，更高频度筛查。

肝癌筛查

我国是肝癌的高发国家，通过肝癌筛查，可以早期发现、早期诊断、早期治疗肝癌，有望降低肝癌的死亡率。

肝癌筛查主要采用血清甲胎蛋白（AFP）检测和肝脏超声检查。血清甲胎蛋白（AFP）是目前公认最特异的肝癌标志物，血清AFP检查作为肝癌筛查的手段，方法简便，价格低廉，但单靠AFP检查容易漏诊，一般建议联合超声检查进行肝癌筛查。肝脏超声检查可检测到直径1~2cm的小肝癌，但与超声医生的经验水平、超声仪器本身的性能有关，优点是无创伤、简便易操作、价格较便宜。

目前全世界尚无成熟的肝癌筛查方案可供参考，一般建议对肝癌高危人群（比如有肝癌家族史者，35岁以上慢性乙肝者，肝硬化者，长期大量饮酒者等）进行筛查。考虑到原发性肝癌男性明显多于女性，且女性发病比男性稍晚一些，同是高危人群，筛查的起始年龄男女有别，一般建议男性35岁以上开始进行筛查，而女性则建议45岁以上开始进行筛查。

对肝癌高危人群一般建议每半年筛查一次，国内多数专家建议联合血清AFP检测和肝脏超声检查对肝癌高危人群进行定期筛查，发现问题进一步可考虑行CT或磁共振检查。



3

蛛丝马迹，莫放过

现象并不被看作是通向真理的线索，但我们似乎没有任何别的线索。

——伊薇·康普顿

(一)

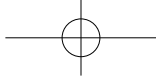
透过表象

很多人自我感觉身体很好，认为平时连感冒都很少得，吃饭香、睡觉香，休息也好，神清气爽，满面红光，不可能得癌症。这种对身体的自信当然值得肯定，但这其中有一个误区就是，是不是得了癌，不能只看表面的身体“棒”，不能只凭是不是身体有不舒服表现来判断。

有的人似乎总有不舒服，甚至突然感觉非常不舒服，比如一般的感冒就可能让人感到头痛或发烧不适，但根本不是什么大病。有的人尽管感觉身体很棒，没有任何的不舒服，但其实可能已经有大病在身体里发展，比如癌症，只是因为还没有表现出来，有的癌症要等到很晚期才会有不舒服的表现，不主动检查你根本不知道它的存在。当然最终它会让你不舒服，或者它也有过一些让你不舒服的表现，但只是轻度的，多数人压根儿不会往大病上想。

千万不能以“是不是有不舒服”来判断“是不是得了癌症”，也不能以目前的“身体是不是棒棒的”来判断“是不是得了癌症”。吃饭睡觉香，休息好，心情好，多数情况下确实是身体健康的一种表现，但医学上的东西没有绝对。癌症的表现多种多样，不能麻痹大意，特别是那些居住在某种癌症高发地区的人，或者有某种癌症家族史的人更要提高警惕，不能以表面的身体好为标准来判断是不是得了癌。

与之相反的另一误区则是，很多人认为得了癌症肯定是卧床不起、脸色死色。这个误区跟前面那个误区其实本质上是一样的，也就是只看表面现象。身体棒棒的人，一样可能是得了癌症，同样不能放松警惕，不能麻痹大意，高危人群要主动检查。得了癌症的人也不见得就是病恹恹的，更不见得一定就是



卧床不起，很多癌症病人看起来精神得很，照样可能红光满面，甚至比很多没有得癌症的健康人还要气色好。很多人一想到癌症，浮现出来的样子就是快不行了，快死了，显然是大错特错。当然，真得了癌症的人，他的精神好、红光满面、气色好，只是暂时的，最终如果癌症没有得控制，还是会表现出病态来。

癌症有早期和晚期之分，早期癌症病人可能没有任何的不舒服，甚至看起来脸色比那些没有得癌症的人还好。晚期癌症病人多数还是或多或少会伴有不舒服症状，但即便是晚期，也还是有人不舒服的症状不太明显，很多晚期癌症病人同样看起来脸色不错，更不是卧床不起。不信你到肿瘤科病房看看，并不是你想象的那样。很多癌症病人，即便是晚期癌症病人，一样吃饭不错，睡觉不错，心情也不错，如果不说，也许你根本看不出来谁是病人。当然，有的在化疗的病人，可能有化疗带来的一些反应，会有一些治疗相关的不舒服。

总之，不能将“身体舒不舒服”与“有没有得癌症”直接划等号，否则你可能会因此错过机会。让你吃不下、睡不着的可能只是小感小冒，看起来红光满面的人，可能身体里已有癌症扎根，甚至可能已是癌症晚期。

疾病，不能只看表象。

（二）

蛛丝马迹

48岁的吴某是个老烟枪，一天抽两包烟，抽了近30年，应酬也多，还爱喝点小酒，擅长交际，很会做人，工作事业也算小有成就，活得好不潇洒。

他一年前开始间断咳嗽，开始以为只是感冒，在他看来，吸烟的人难免会有些咳嗽，算不上什么事，所以根本没有去重视。

近半年来咳嗽有所加重，仍没有太在意。最近发现痰里有些血丝，才开始有点紧张，到医院检查，拍个胸片提示“左肺门占位性病变，考虑肺癌可能”，进一步行纤维支气管镜检查并取活检，最后病理确诊为“左肺鳞癌”，再进一步进行全面的分期检查，发现已经骨转移了，而且是多发的，已经是肺癌晚期了。



每每谈起，吴某是一万个后悔莫及，如果在一年前有咳嗽时早一点到医院检查，或者能每年主动到医院进行肺癌筛查，查出来就不一定是晚期，可能还有手术机会。缺少基本的肿瘤防治和筛查知识，还自以为是，自作聪明，有病不看，错过早诊癌症的机会，非要等到身体出现明显的异常才想到去看医生。这世界上没有后悔药可吃，想要不后悔，就得有查癌的意识观念并掌握必要的医学知识。

长期吸烟的人，又人到中年，是肺癌高危人群，出现干咳，不管有没有血丝痰，都应该要重视，特别是咳嗽持续得不缓解，应立即到医院做检查排除肺癌可能。

有人总会说，癌症真是让人防不胜防。从某种意义上确实如此，因为多数癌症的病因并不十分明确，所以想要从根本上预防和杜绝癌症，几乎是不可能的，但并不表示我们就只能被动等癌上身。除了采取必要的措辞降低患癌风险，更重要的是要进行早诊筛查，比如长期吸烟的肺癌高危人群，要考虑进行低剂量螺旋CT筛查，早发现早诊断从而早治疗。

怎样才能早期发现癌症？除了前面提到的癌症筛查，另一个重要的方面就是要有癌症早诊意识，重视身体的不适表现。很多时候误事就误在麻痹大意、掉以轻心，轻易放过癌症的蛛丝马迹，误在自以为是的无知上。

世界卫生组织曾经提出“八大警号”作为人们考虑癌肿早期征兆的参考，包括：可触及的结节和肿块，包括异常肿大的淋巴结；疣（赘瘤）或色素痣发生异常变化；持续性消化不良；持续性不明原因嘶哑、干咳及吞咽困难；月经不正常，月经出血量多，或绝经后异常出血；鼻、耳、膀胱或胃肠道不明原因的出血；持续无法愈合的伤口，持续不消的肿胀；原因不明的体重减轻，原因不明的持续发热。

以下对这八大信号进行扩展性解读，供大家参考。

1. 身体任何部位摸到的肿块、结节、硬结或硬变等。这是癌症最常见的表现之一，对于身体不管哪个部位如果摸到肿块结节都应引起重视，不可掉以轻心，特别是那些逐渐增大的肿块、结节、硬结或硬变，切记不能以是否有疼痛作为是否就诊看医生的依据。

2. 不明原因的持续疼痛。很多疾病都可能引起疼痛不适，包括最常见的感冒也可能会有头痛或全身酸痛，出现疼痛很多人第一个反应是贴止痛膏或吃止



痛药，这可能会掩盖病情，如果疼痛原因不明，正确的做法不是急着止痛，而是先要问一问为什么。对于身体任何部位非外伤所导致的、原因不明的疼痛，特别是持续一星期以上不能缓解的疼痛，应该要去医院查明原因，因为疼痛也可能是癌症征兆，不要一直在那吃止痛药，可能误事。

3. 久治不愈的咳嗽。因感冒多半也伴有咳嗽，咳嗽是非常常见的表现，正因为如此，通常不会引起大家的重视。当然多数情况下确实没有什么太大的事，但对于总是治不好的咳嗽，特别是干咳或痰中带血，以及长期吸烟的人，应怀疑是否患有肺癌或喉癌的可能。

4. 不明原因无法解释的体重下降、消瘦或疲乏。如果没有进行刻意的减肥，饮食也正常，体重却不明原因出现明显下降，特别是进行性体重下降和消瘦，或者不明原因出现消化不良、贫血、乏力、容易疲劳等表现，一定要查明原因，因为可能是癌症的表现之一。但要注意区分癌症的疲劳和一般的疲劳，一般的疲劳多在休息之后会缓解消失，而癌症的疲劳不管你怎么休息，疲劳都难以改善，因为癌症存在，疲劳当然会持续存在。

5. 不明原因的发热。发热是再平常不过的症状，很多疾病都可能会伴有发热，最常见的当然是感冒，但如果发热原因不明，特别是那种持续的不明原因低热，务必要查明原因。

6. 持续性消化不良。消化不良没有食欲是极其常见的表现，有时是一过性的，有时是短暂的，有时只是功能性的，所以一般人不会太重视，但如果消化不良、没有食欲状态持续存在，也没有可解释的原因，就要尽早去看医生查明原因。

7. 非外伤性异常出血。比如经常大便带血或黑便，要警惕消化道癌症（肠癌、胃癌等）；不规则的阴道出血、月经不正常或大出血、或非月经期出血或绝经后阴道异常出血等都要警惕妇科肿瘤可能；无痛性血尿或伴排尿困难，应警惕膀胱癌或肾癌；不明原因容易出血要警惕白血病；不明原鼻塞鼻出血、尤其是单侧鼻出血，应注意排除有无鼻咽癌。

8. 持续性声音嘶哑。说多了话可能会出现暂时的声音嘶哑，但持续时间较久难于恢复的声音嘶哑，要警惕喉癌、甲状腺癌、肺癌等（侵犯或压迫喉返神经）。

9. 进行性吞咽食物梗阻感。如果吃东西时有胸骨后闷胀感或胸骨后面的烧



灼感，或者感觉食管内有异物，特别是进行性加重的吞咽食物有梗阻感，应怀疑食管癌可能。

10. 大便习惯改变。如果大便的习惯、次数或性状发生改变，比如大便的外形变细、大便带脓、血、黏液等，或便秘腹泻交替，要警惕大肠癌。而黑色粪便或柏油样便可能反映有上消化道的出血，要警惕胃癌可能，都应尽早到医院检查。

11. 久治不愈的皮肤伤口或黏膜溃疡。皮肤出现伤口或溃疡大家可能都经历过，但如果皮肤伤口溃疡持续不愈合，要考虑皮肤癌可能。慢性口腔溃疡持续不愈应警惕口腔癌。慢性胃溃疡、萎缩性胃炎有癌变可能，应定期随访检查。

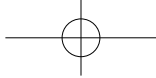
12. 男性乳房增生长大。尽管男性乳腺癌极少见，但如果男性出现乳房异常的增生长大，要警惕男性乳腺癌可能，尽早到乳腺专科就诊。

13. 非外伤的骨折。在无明显外力作用下的自发性骨折或轻微外力就骨折，可能是病理性骨折，应警惕骨骼的恶性肿瘤（原发骨癌或骨转移瘤）。青少年出现非外伤性的肘关节或膝关节处疼痛肿胀，还应小心白血病，尽早到医院查明原因。

14. 口腔或外阴白斑。口腔黏膜、女性外阴或男性阴茎龟头出现白斑，特别是白斑迅速扩大并伴灼痒感，建议到医院检查以排除癌变可能。

15. 突然增大变色的黑痣或疣。身体任何部位的黑痣，如突然增大、颜色改变或破溃出血、出现灼痒疼痛及原有的毛发脱落，要想到恶性黑色素瘤可能，尽早到医院检查。

上面提到的这些所谓的癌症征兆，并非癌症所特有，也就是说，如果有这些表现，要想到癌症的可能，但不一定就是癌症，不能对号入座，自己吓自己。要正确理解，只是提醒你要高度重视，到医院找医生进一步检查以明确诊断。不管怎样，如果有了不舒服的表现或出现这些征兆，你还不重视，仍抱侥幸心理一拖再拖，到时可能就后悔莫及。



(三)

显山露水

除了癌症预防和筛查等方面的知识，大家还应该对常见癌症可能的临床表现做到心中有数，当身体出现不舒服时，可以警醒自己去医院进一步检查。如果错过了前面的预防和筛查措施，这最后的一道防线必须要守住。

那么癌症到底有哪些可能的临床表现？绝大多数的癌症都有一个共同的特点，那就是在早期阶段并没有典型的或者特异性的表现，容易跟其他良性疾病相混淆，给鉴别带来困难。我们要做的就是提高警惕，不要想当然地认为没事而掉以轻心，特别是如果症状进行性加重、或者久治不愈、或者原有症状出现变化时，更要尽早到医院检查清楚。当然，也不是要你照着这些表现对号入座认为自己肯定得了癌症而吓个半死，癌症诊断可没有那么简单。

以下所列常见癌症可能有的表现，仅供参考，不能仅以这些表现来判断是否得了癌症，以及癌症的早晚，它们只是对你的一个警醒，提示你要重视，及时就医。

咳嗽久治不愈，警惕肺癌找上门！肺癌有哪些可能的表现？

肺癌早期可能并没有什么明显的不适症状，很多人只是在偶尔的健康体检中发现肺部阴影或结节，然后经进一步检查明确诊断为肺癌。而即使有一些不适症状，也常与一般的呼吸系统疾病（感冒、支气管炎、肺炎等）混淆，也就是说，肺癌的早期症状并没有特异性，很容易忽视，或被误认为是感冒及其他的支气管肺部良性疾病。

肺癌症状出现的早晚与肿瘤长的部位有一定的关系，一般来说，中央型肺癌更容易较早出现症状，而周围型肺癌症状出现较晚，甚至可能没有任何症状。

一说到肺癌，很多人可能都会想到咳嗽，确实咳嗽是肺癌最常见的症状，也是早期表现之一，但很多其他呼吸系统良性疾病也可能会有咳嗽，正因为如此，很多人对咳嗽重视不够。肺癌的咳嗽多数表现为阵发性刺激性干咳，没有痰，常有咳不净的感觉，但也可能有少量痰，或白色泡沫痰，或痰中带血丝，如合并感染也可能有黄色脓痰。如果长时间咳嗽不见好转或咳嗽久治不愈（比



如超过两周)、或者原有咳嗽性质改变,要提高警惕,不要一直当作是感冒、气管炎或肺炎等治疗,要尽早查明原因。

咯血、血痰也是肺癌的常见首发症状之一,常表现为间断性反复少量血丝痰,或痰中带血。出现咯血、血痰,要尽早查明原因,不可掉以轻心一再拖延耽搁诊治时机。

声音嘶哑是肺癌可能会出现的症状之一,声嘶意味着肿瘤直接累及或压迫喉返神经,但声音嘶哑也可能是咽喉炎、感冒、急性气管炎等导致的,一般经相应的治疗后可好转,如果经休息或对症处理后没有好转,则应提高警惕,要进一步检查以明确诊断。

肺癌有时也表现为胸闷胸痛,这个很容易被误认为是心脏方面的问题。肺癌的胸痛多表现为不规则的胸部钝痛或隐痛,有时表现为胸闷不适感,有时表现为刺痛感,可能随呼吸、咳嗽或变换体位而加重;有时也可能会牵涉到背部疼痛不适。

肺癌还可能会有气促气短表现,长在靠近气管支气管肺门附近的中央型肺癌容易导致支气管狭窄或阻塞而引起气急气促气短,合并恶性胸腔积液(胸水)也可能导致气促。

发热是很多癌症(当然也包括肺癌)共有的表现,一般并不是癌症的早期表现,但有的癌症早期也可能表现为低热。由于引起发热的病因很多,遇到发热,最重要的不是急着退热,而是查明原因,特别是对不明原因的发热,或者久治不愈的发热,一定要引起重视,对于久治不愈的肺炎也要高度怀疑肺癌可能。除了发热,食欲不振、体重减轻等全身性症状也是很多癌症的共有表现,而且多数是癌症晚期的表现,但同时这些表现没有特异性,因此,关键还是心里要重视,对于不明原因的食欲不振、体重减轻要及时到医院检查。

此外,肺癌可能会有一些肺外表现和伴随症状。当肺癌侵犯或转移到其他组织器官,可能会出现相应的症状,比如肿瘤直接侵犯食管或纵隔淋巴结转移压迫食管导致吞咽困难,脑转移可能会出现头痛、呕吐等,骨转移可能导致相应部位的疼痛。肺癌还可能有伴随症状,也即所谓副癌综合征,比如四肢关节肥大疼痛、杵状指、重症肌无力、高钙血症、男性乳房发育、类癌综合征(表现为腹痛腹泻、面部潮红、支气管痉挛等)。

以上这些所谓的肺癌表现,多数都没有特异性,也就是其他良性的支气管



或肺部疾病或其他肺外疾病也可能有这些表现，因此，如果有以上这些症状中的一个或多个，不要简单地对号入座，想当然认为自己就是得了肺癌，不必恐慌，只是提醒你要尽早去医院检查清楚。

鼻塞，可能并非感冒！如何抓住鼻咽癌的蛛丝马迹？

鼻塞，可以说每个人都曾经有过，因为鼻塞是“感冒”的最常见表现之一。也正因为如此，很多人会想当然地而掉以轻心，不管三七二十一，只要是鼻塞就认为是感冒所致，其实不然。多数情况下，鼻塞确实是感冒的表现，但也必须知道，不是所有的鼻塞都是感冒，它可能是鼻咽癌的早期征兆。

那怎样的鼻塞要警惕癌症的可能？鼻咽癌鼻塞多为一侧鼻塞，并且通常会逐渐加重。对于久治不愈的鼻塞或者逐渐加重的鼻塞，特别是一侧的鼻塞，要提高警惕，进一步检查以排除鼻咽癌的可能，特别是来自高发区的人群。鼻咽癌具有明显的地区差异，以中国华南地区和香港地区发病率最高，鼻咽癌有“广东癌”之称，因此对于来自这些地区的人，出现一些看起来很普通的表现也要提高警惕，注意鉴别。

由于鼻咽位置较隐蔽，检查起来不方便，不易引起注意，而且鼻咽癌的早期表现多数没有特异性，比如上面说到的鼻塞，很多非癌症疾病也会有，所以很容易忽视，从而延误诊断。除了鼻塞，对以下不适表现同样要提高警惕。

鼻出血（涕血）：如果没有鼻部外伤史，出现鼻出血，而且是涕血，也就是鼻涕中带血，用力回吸鼻腔分泌物（鼻涕）到口腔中时会带有血丝，用专业术语也就是医生所说的回吸性涕血，就要高度警惕了。有近三分之一的鼻咽癌以此为首发表现，这种回吸性涕血常常发生在早晨起床后，容易被误认为是鼻炎或鼻窦炎，或一般的鼻黏膜损伤出血而疏忽。轻者涕血，重者甚至可能有较大的鼻出血。

耳鸣与听力减退。耳鸣的经历可能很多人都有过，多数是一过性的，很多人因此也不会太重视，其实耳鸣也可能是鼻咽癌的表现，通常伴有听力减退，而且提示病情可能已经比较晚期，但也有少数病人早期就可能出现耳鸣或听力减退，只是程度较轻罢了，容易被误认为其他耳部疾病，因此对这种情况也不要掉以轻心，要及时到医院检查，查明原因。

头痛：头痛的经历几乎人人都有过，睡眠休息不好会有头紧不适感甚至头



痛，感冒也会伴有头痛，压力过大神经衰弱也可能会有头痛，一些脑部的疾病也会表现头痛，等等，如果是一过性的头痛，可以观察观察，但要注意，鼻咽癌早期也可能会有头痛，有时还表现为面部轻度麻木感，鼻咽癌的头痛多表现为单侧颞顶部或枕部的持续性疼痛，有时会误认为是神经性偏头痛或睡眠不足或感冒引起的头痛。

颈部淋巴结肿大：有颈部淋巴结肿大常常意味着鼻咽癌分期不会太早，但部分鼻咽癌并没有其他表现，首先表现就是颈部无意中摸到淋巴结肿大，要及时到医院检查，以免耽误到更晚期。因此，对颈部淋巴结肿大，特别是多个淋巴结肿大，且质地很硬，不要想当然地认为是一般的淋巴结发炎，要查明原因。

如果鼻咽癌直接侵犯或压迫脑神经，会引起相应的症状，比如复视、黑蒙、眼睑下垂、声嘶、面部麻木、言语障碍等。如果鼻咽癌已经发生远处转移，则也可能出现相应的转移症状，比如骨转移的骨痛、骨折，肺转移的咳嗽咯血丝痰和胸痛，以及肝转移的肝区疼痛等。

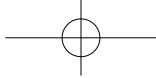
似是而非容易忽视的食管癌征兆

食管癌早期可能没有任何不适症状表现，但多数还是或多或少会有些不适感，只是这些不适感可能很轻微，加上没有什么特异性，所以一般不会引起重视，有时仅仅表现为轻微的不适，很多时候只是在进食过程中出现短暂的不适，进食后消失，更容易被忽视。

食管癌作为消化道的癌症，首先当然会在吃东西时有所表现，比如进食时的胸骨后不适感、摩擦感或微痛，或者感觉食物通过缓慢，有异物停留感、哽噎感，通常在吞咽固体食物时出现，最初是间歇性、偶发的，以后逐渐变为经常性。有时也表现为颈部发紧感、咽喉部干燥感，也就是通常所说的感到喉咙发紧、干燥吞东西不顺畅，多在进食较粗糙的固体食物时感到比较明显。

如果吞咽困难越来越明显，慢慢发展到进食半流质甚至是流质饮食也感到困难，甚至喝水都有梗阻感，也就是医生经常会说的“进行性吞咽困难”，这时候很可能已经是食管癌中晚期，进行性吞咽困难是食管癌最突出最典型的症状。

食管癌早期也可能表现为胸后闷胀不适感或与进食无关的胸后（食管内）



有异物的感觉，一般人似乎很难具体描述，不能准确指出不舒服的部位，就是感觉胸后有一种闷而胀的不适感，或者有暖气，或者总会不自主地叹息以缓解不舒服感。

此外，有的食管癌早期还可能表现为胸后或心窝部与上腹部烧灼感或摩擦样疼痛感或刺痛感，也就是通常所说的烧心感、上腹部饱满感，或者胸背部持续性隐隐作痛，或者烧灼样的针刺痛感。这些表现都没有特异性，你不可能仅通过这些表现来判断是哪里出了问题，你要做的就是到医院就诊。

如果食管癌侵犯或压迫周边组织器官，可能会带来相应的症状表现，比如当肿瘤直接侵犯或压迫喉返神经，会出现声音嘶哑；侵犯压迫气管或支气管可导致刺激性干咳或血痰，或食管气管瘘；侵犯主动脉引起胸背部疼痛，甚至可能导致主动脉穿破而大出血。

消化不良，可能不是胃病那么简单

和其他多数癌症一样，胃癌在早期也没有多少症状，有症状者也一般表现不典型，没有特异性，且时隐时现，易被误诊为消化不良或胃炎、胃溃疡之类的胃病。

上腹部轻度不适感是胃癌最常见的初发症状，比如上腹部饱胀不适、钝痛、隐痛，有时表现为进食后加重。食欲减退或食欲不振、厌食、暖气、返酸也可能是胃癌的症状表现，如果由于长期的食欲减退导致体重下降消瘦、乏力，更要高度重视。

胃癌还可能会有恶心，呕吐，一般表现为进食后饱胀伴轻度恶心，可能会出现食物反流而导致呕吐发生。如果肿瘤引起明显的梗阻导致胃功能紊乱，则可能会有明显的恶心呕吐。

典型的“胃病（胃十二指肠溃疡）”症状：表现为节律性周期性的上腹部疼痛，进食后缓解或进食后加重，很多胃癌本身就是从胃溃疡恶变过来的。有时在原有胃病（包括胃炎、胃溃疡以及其他胃部良性疾病）不适症状的基础上出现新的症状或原有症状加重或性质改变，或久治不愈，要提高警惕。

除以上所谓的胃病样上腹部疼痛，胃癌的疼痛还可能向腰背部放射；或者可能突然出现剧烈腹痛，提示可能胃穿孔。

黑便是上消化道（主要是胃部）出血的表现，老年人出现黑便更要高度警



惕。如果出血量较大，可能还会有呕血。如果只是少量出血，可能仅表现为大便潜血阳性，除了要想到大肠癌可能，也要注意排除胃癌。

体重减轻消瘦，贫血，乏力，发热等非特异性的表现，通常预示着已经是晚期。

大便背后可能隐藏着大问题，这些情况必须警惕大肠癌

大肠癌（结直肠癌）早期通常没有太明显的症状表现，当病情发展到一定程度时才会出现一些临床症状，大肠癌的症状第一个我们会想到的就是大便的异常。

首先是排便异常、排便习惯改变。便频（大便次数较以前明显增多），腹泻（拉肚子），便秘（大便干结排出困难），便秘与腹泻交替出现，排便不尽的里急后重感（大便后仍有便意、排不尽的感觉），肛门坠胀感等，大便形状改变（大便变细，排便费力，排出的大便有压迹，因此建议大家排便后记得回头看一看排出的大便）。这些症状表现很容易误认为是一般的吃坏了东西拉肚子或一般性的便秘而不被重视，对于有大肠癌家族史或者老年人等高危人群出现这些症状要高度重视，不要只是当作一般的排便异常，必须尽早查明原因。

其次是便血，也就是大便带血。便血可以是鲜红也可以是暗红色，通常量并不多，间歇性出现，也可能表现为黏液样血便，果酱样便，或者只有黏液或血而无粪便。对于大便带血，很多人会想当然认为是痔疮，其实不一定，如果出现便血应去医院查明原因。

肿瘤发展到一定程度可能会出现肠梗阻，表现为腹胀、腹部不适或阵发性腹痛、大便变细或便秘或停止排便排气，但恶心呕吐可能并不明显。

大肠癌也可能仅有消化不良样表现，比如感到中下腹部胀满不适，腹部隐痛不适等消化不良样症状表现，对于长期存在这些症状，特别是老年人，也同样要引起注意。

当肿瘤长大到一定程度，在腹部有可能摸到肿块。如果腹部触摸到肿块，一定要到医院检查清楚，不可拖延。

贫血、消瘦、乏力等全身症状，前面说过，这些表现是很多癌症的共有表现，没有什么特异性，非癌性疾病也可能会有这些表现，这也正是导致很多人



不重视的原因。对于原因不明的贫血或体重减轻或乏力，要及时到医院检查以查找病因。

看似平淡无奇的表现，可能潜藏着肝癌

我国是肝癌高发国家，发病率和死亡率均居世界首位，除了对高危人群定期进行肝癌筛查，对肝癌可能有的一些表现也应做到心中有数，发现异常及时就诊。

早期肝癌或亚临床期的肝癌基本上没有明显的不适表现，有明显症状表现的肝癌多数已经是中晚期，但肝癌仍存在一些可能的早期表现，当然这些早期表现也同样没有特异性，容易被忽视，所以更要提高警惕，不要掉以轻心。

首先是食欲减退或食欲不振，这是消化不良的表现，有的人感觉腹部闷胀不适，有时会伴有恶心甚至是呕吐，出现这些表现最先想到的可能是胃肠道疾病，但肝癌也可能会有这些症状，所以当排除其他消化道疾病后，也要想到肝癌的可能。

右上腹部（肝区）隐痛不适或腹胀感，或者肝区紧绷感，以及上腹部摸到包块，要注意排除肝癌的可能。早期肝癌一般无法触摸到包块，对于可以触摸到的腹部包块，必须尽早到医院检查以明确诊断，上腹部特别是右上腹的包块要警惕肝癌可能。

和其他癌症一样，肝癌也可能会有消瘦、乏力、发热等表现，对任何原因不明的消瘦、乏力、或者原因不明的发热，一定要查明原因。

另外，肝癌还可能会有出血倾向、腹泻、双下肢浮肿、皮肤瘙痒等表现。出血倾向（比如容易鼻出血或皮下出血）我们可能主要是想到血液方面的疾病，其实肝癌也可能导致凝血异常。腹泻我们一般会想到胃肠道疾病，比如胃炎或者大肠癌，但肝癌也可能引起腹泻，只是发生的概率没有那么高。至于双下肢浮肿和皮肤瘙痒更是没有什么特异性。当肝癌发展到一定程度有可能出现以上这些症状表现，并非典型的早期表现，在此列举，主要是提醒大家重视，早一些发现诊断总比发现得太晚要好。

拉油花样便原来是胰腺癌作怪！出现这些情况要想到它

腹泻人人都经历过，但有一种腹泻，拉出来的“便便”像油花样，这就是



脂肪泻，俗称为油花样腹泻。可引起脂肪泻的疾病，主要是胰腺病变中的慢性胰腺炎和胰腺癌。

对于40岁以上的人，如果出现无法解释的脂肪泻，应引起重视，建议去医院消化科就诊查明原因。由于胰腺位置较深，胰腺癌不容易做到早发现早诊断。很多胰腺癌的表现也同样缺乏特异性，多数在早期仅表现为一些上腹部的不舒服感，或者消化不良、食欲不振等。在胰腺癌的首发症状表现中，黄疸和腹痛排第一位，其次是消瘦、上腹部饱胀，然后是腰背部疼痛，少数也以发热为首发症状表现。

对以下一些不适症状表现，要想到胰腺癌的可能性，建议尽早查明原因：

1) 消化不良的表现：胰腺是负责分泌消化酶的器官之一，胰腺出了问题会影响到消化功能，出现消化不良的一些症状表现，比如腹胀，腹泻，包括上面提到的脂肪泻。

2) 上腹部隐痛不适，特别是伴左侧腰背部放射性疼痛者，可能会有束腰带感。

3) 不明原因的体重下降，任何莫名的消瘦都必须查明原因。

4) 黄疸：面部皮肤、颈部皮肤，甚至是全身皮肤、眼部巩膜呈现黄色，黄疸是胰腺癌最常见的首发症状表现之一。黄疸是肝胆系统疾病都可能会伴有的表现，对胰腺癌来说，很多情况下黄疸是晚期表现，但并不意味着就一定是晚期，在较早期也可能出现黄疸表现，有时正是通过黄疸的表现才较早期发现并诊断了胰腺癌。

必须知晓的乳腺癌早期征兆

乳腺癌有“红颜杀手”之称，但不同于很多其他常见癌症，乳腺癌属于体表肿瘤，只要足够重视，懂得基本的筛查早诊知识，多数乳腺癌是可以早期发现的。

乳房摸到包块是乳腺癌最常见的表现，也是早期表现之一，只要足够重视、足够细心，思想上不麻痹大意，多数乳房的包块是可以早期发现的。乳腺癌的包块多数并不伴有疼痛，常常是在无意中发现的，这就更提示大家要重视要细心。

对于乳晕乳头的一些改变也不要掉以轻心，比如乳头溢液（多为血性）、



乳头回缩、乳头凹陷、乳头偏歪、乳晕乳头瘙痒、脱屑、糜烂、溃疡、结痂等湿疹样改变。有时乳房的一些皮肤改变也可能提示乳腺癌可能，比如乳房皮肤出现“酒窝”（所谓酒窝征）、像橘子皮样改变、皮肤水肿、溃烂，或者出现皮下多发小结节、或者类似乳腺炎的表现。

乳腺癌还可能会有双侧乳房不对称的表现。如果排除先天性原因，出现明显的乳腺不对称，要引起注意，进一步触摸检查是否有乳房包块，或进一步做其他检查。

由于乳腺癌容易出现腋窝淋巴结转移，因此如果女性摸到腋窝有肿大淋巴结，要高度重视，应对乳房进行检查；有时早期的所谓隐匿性乳腺癌，乳房根本摸不到包块，而是以腋窝淋巴结肿大为初发症状表现。

有的人喜欢进行简单的对照，比如对照着我上面说的这些表现，一看，哎呀，我的乳头有凹陷，或者我的两侧乳房不对称，完蛋了，得乳腺癌了，于是吓个半死。我反复说过，不要照本宣科，你的乳头凹陷或者乳房不对称可能是先天性的，那就跟乳腺癌不沾边。之所以列举这些乳腺癌可能有的表现，目的是要引起大家的重视，平时多留一份心，发现问题找医生咨询和就诊，而不是自己在那里瞎琢磨瞎折腾。

总感腹胀消化不良，不是胃肠癌，居然是卵巢癌作怪

卵巢位于盆腔较深部，位置相对较隐蔽，而且卵巢癌早期通常并没有不适症状表现，或仅有轻度的非特异性的症状表现，比如食欲不振、腹胀腹痛，或消瘦等，因此，不容易早期发现并诊断，常常一发现就已经较为晚期。

曾经有一中年女性病人，诉说一直感腹胀不适，没有太重视，认为是消化不良，时不时吃些消食片之类的药物，但总是不见缓解，于是到医院检查，这一检查可不得了，肚子里有腹水，进一步检查发现卵巢包块，诊断为卵巢癌。

很多人感到腹胀不适，会想当然认为是消化不良，这在多数情况下确实没错，但对于持续得不到缓解的腹胀不适，要引起重视，尽早到医院进行检查，以免延误诊治。为什么卵巢癌会出现腹胀？原因可能是盆腔肿瘤使盆腔内压增加，或者因为癌性腹水或腹腔的转移灶导致腹腔内压增加，从而让病人感觉腹胀不适。除此之外，卵巢癌还可能会有以下一些表现。

1) 下腹部和盆腔包块：一般不伴有腹痛，多在无意中自己摸到，或者做



一般的妇科检查时由医生偶然发现，通过进一步检查诊断为卵巢癌。

2) 腹痛：卵巢癌一般无腹痛，或仅有隐痛不适，但当卵巢肿瘤出现蒂扭转或破裂，或者合并感染时，可能有较明显的下腹部疼痛，甚至是剧烈疼痛。

3) 阴道分泌物（也就是通常所说的“白带”）异常：白带出现异常，有很多原因，多数是一般的妇科病（比如阴道炎）引起的，但也可能与卵巢癌有关系。

4) 月经失调：月经周期变得不规律、间隔时间、持续时间延长、月经出血量增多，或者淋漓不尽，或者甚至是闭经等，或者在绝经多年后再次来“月经”，不是真正的月经，是异常出血，要尽早查明原因。

5) 尿频、便秘表现：由于卵巢肿块可能压迫或侵犯膀胱或直肠，可能会有小便频繁、排尿困难、排尿不尽感、或者大便秘结、便秘表现等。

6) 下肢疼痛，水肿，腰痛等。当肿瘤压迫或侵犯髂血管或神经时，可引起下肢水肿、腰痛、下肢疼痛等。

7) 晚期病人可能出现消瘦、贫血、发热等全身性表现。

没来例假，却在同房后出血，原来竟是宫颈癌惹的祸！

40岁的赵某在一次夫妻同房时出现阴道少量出血，她很困惑，因为她并不在月经期，为什么会有出血？不过她转眼一想，也许是月经有些不规则，加上出血量很少，就没太放在心上。可后来每次夫妻同房都有阴道出血情况，尽管量并不多，但这种不合常理的“月经”让她心头泛起一丝担心和恐惧，于是她抽空去看了妇科，结果一查，居然查出宫颈癌。原来，她这所谓的同房后阴道出血正是宫颈癌的典型表现之一：接触性出血。

同是妇科肿瘤，与卵巢癌不同的是，宫颈癌由于较易暴露，比较容易早期发现，关键是要在心理上重视，做好宫颈癌的筛查早诊工作。宫颈癌是一种“穷癌”，过去经济条件较差，卫生条件不好，发病率较高，特别是农村地区，做不到定期的妇科检查和防癌筛查，加上没有早诊意识，往往拖到很晚期才去医院就诊。

子宫内膜癌（子宫体癌）与子宫颈癌在临床上的表现有很多的共性和相似性，早期的表现也具有相似性，因此以下宫颈癌可能有的表现也可以作为子宫体癌（子宫内膜癌）的参考，凡出现以下异常表现，要同时想到子宫颈癌和子



宫体癌的可能。

1) 不规则阴道出血：这是宫颈癌最常见也是较早期的表现之一，主要表现为非月经期的阴道流血，或者接触性出血（性交过程中出血或疼痛、或者一般的妇科检查时触碰出血），或者在绝经后出现异常的阴道出血等。

2) 阴道排液：也就是阴道排出异常分泌物，开始量并不多，呈现白色或淡黄色，无异味，后逐渐量增多，可以是米汤样、脓血性，伴有异味甚至是恶腥臭味。

3) 其他表现，如下腹部或阴部或盆部疼痛、尿频尿急尿血或便血、排便困难等多是宫颈癌侵犯膀胱尿道、直肠，是较晚期的表现。

从“尿”里发现三大癌症的蛛丝马迹

仅就肿瘤来说，咳嗽咯血，我们可能会想到肺癌可能；大便有异常（比如排便规律改变、大便带血等），我们可能会想到大肠癌可能；而小便（尿）的异常我们通常首先会想到泌尿系统肿瘤，包括肾癌、膀胱癌、前列腺癌等。

小便的异常表现一般也没有特异性，良性的泌尿系疾病也会有小便的异常，而且小便的异常和某个特定的癌症之间没有直接的一对一的关联，不过它可以提示大家去进一步检查，以便尽早诊断，如果无视这些警示信息，可能会错过最佳诊治时机。

哪些癌症和“尿”有关系？或者说，小便的异常提示哪些癌症可能？以下分别介绍三种常见泌尿系统恶性肿瘤的可能症状表现，其中很多表现和“尿”有关，中年以上出现小便异常，应引起重视，尽早到医院查明弄清。

1) 肾癌可能有的表现

肾癌早期可能没有任何症状表现，仅偶然通过健康体检或其他体检所发现。由于肾的位置较隐蔽，与外界的主要联系是通过尿液，因此肾癌的很多表现是通过尿液来体现的，比如血尿就是最常见的表现。一直以来，把血尿、腰痛和腹部肿块称为肾癌的“三联征”，但这些症状有时并不同时俱备，有时仅出现其中的一个或两个表现，而且肾癌如果出现这种“三联征”，多数表示已经很晚期。

血尿：一般表现为无痛性间歇发作的血尿，可以为肉眼血尿，也就是解出来的尿液是血性的，也可能是送尿常规检查显微镜下发现有红细胞（镜下



血尿)。

腰痛：可以表现为腰部持续性的钝痛，或者隐痛，或酸痛不适感，多数局限在腰部，但肾结石也可能会有腰痛表现，要进行相关的检查以鉴别。

腹部肿块：肾脏位置较深，通常难于在腹部触摸到，基本不太可能通过自我触摸发现，有经验的医生有可能触摸到，但通常表示肿块已经较大，或者肿块位于肾下极较低的位置。腹部肿块有时也可能是肾癌唯一的表现。

2) 膀胱癌可能有的表现

膀胱癌并没有很特异的早期表现，很容易与一般的尿路感染表现以及其他的泌尿系统癌症相混淆。

血尿：这是泌尿系统肿瘤共有的表现，膀胱癌比较明显的早期症状就是血尿，而且有血尿的概率比其他泌尿系统肿瘤更高。膀胱癌的血尿多为无痛性和间歇性的，有时伴有尿频尿急等症状。可表现为肉眼血尿，也可表现为显微镜下的血尿（镜下血尿）。

尿频、尿急、尿痛或夜尿增多：也就是所谓“膀胱刺激症”，比较容易早期出现，是肿瘤刺激膀胱尿道引起的排尿不适感觉，容易被误诊为膀胱炎，对于久治不愈的所谓“膀胱炎”要高度怀疑膀胱癌的可能性，有时仅仅是膀胱的原位癌也可能有膀胱刺激症状，有必要进一步检查，包括膀胱镜检查。

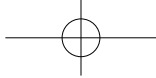
尿流阻塞表现：也就是排尿困难、排尿不尽，甚至尿潴留排不出尿，这多半提示肿瘤已经较大、或者癌组织脱落、或者肿瘤位于膀胱颈位置、或者因为出血形成的血块堵塞膀胱出口导致排尿不畅，甚至无法排尿。进一步可能上延至引起肾积水，或者肿瘤侵及输尿管口引起肾积水，出现腰酸、腰痛等肾脏病的表现。

下腹部肿块：这个并不常见，摸到下腹部肿块多数预示着可能并非早期，但也有少数膀胱癌以此为首发症状而发现。

3) 前列腺癌可能有的表现

前列腺癌在早期多数并没有特异性的表现，很多表现与前列腺增生症类似。前列腺癌最常见最典型的早期表现就是排尿障碍，具体表现为排尿困难、尿流变细或尿流偏歪、分叉、小便感到吃力、排尿时间延长，尿不尽感，或者尿频尿急尿痛等。

但必须注意的是，前列腺增生或肥大、慢性前列腺炎等也可能有类似的症



状表现。因此，凡年龄45岁以上的中老年男性，出现以上的排尿障碍表现，应该要找医生进行检查，以鉴别是前列腺癌还是其他的前列腺良性疾病，或者其他泌尿系统疾病，不要掉以轻心。

饮酒后出现身体某处疼痛，提示可能得了淋巴瘤

有的肿瘤是在无意中自摸发现的，也有的癌症是因为出现某个特殊表现到医院检查而查出来的，癌症的表现可谓是千差万别，甚至奇奇怪怪。这些表现多数并没有什么特异性，也就是说，很多疾病会出现相同或类似的表现，所以不能根据这些表现来准确判断得的是什么病，但毫无疑问，身体出现的任何不适表现，都是一种警示，必须引起重视，如果完全无视，可能会错过诊治时机。

比如，有一种很特别的疼痛，它发生在饮酒后约15到20分钟左右，而且疼痛似乎就发生在身体的某个部位（通常正是病灶所在处），约有四分之一左右的霍奇金淋巴瘤会有此表现，甚至可早于其他的表现以及X线等检查，具有一定的特殊性诊断意义。因此，对于饮酒后的局部疼痛，要警惕淋巴瘤的可能性，有必要到医院进一步检查。

当然，这所谓的“酒精疼痛”并不常见，但如果了解这方面的知识，至少会重视，会想到去医院检查。恶性淋巴瘤是一类肿瘤，是指原发于淋巴结或其他器官淋巴组织恶性肿瘤的统称，分为霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤两大类。由于恶性淋巴瘤可来源于身体任何部位的淋巴结或淋巴组织，或结外器官，其临床表现呈现多样化的特点。

最常见的表现之一就是淋巴结肿大，但淋巴瘤的表现不限于淋巴结肿大，而有淋巴结肿大也不见得就是淋巴瘤，关键是要重视。身体任何部位摸到的淋巴结肿大，都应该要想到淋巴瘤的可能性，很多恶性淋巴瘤就是无意中自摸发现淋巴结肿大而进一步检查确诊的，这种淋巴结肿大大多数不伴有疼痛，但也可能伴有疼痛，摸起来淋巴结的韧性较大。

另一个可能的表现就是发热。淋巴瘤有时可能会伴有发热，发热的表现多种多样，可能是规律性的发热，也可能是持续高热，或间歇性低热，或为周期性发热。对于原因不明的发热，要查明原因，注意排除淋巴瘤可能。

再一个可能的表现是盗汗，也就是睡觉醒后出汗，或者夜间出汗，容易被



误认为是结核病，或者所谓的身体虚弱而一味服用所谓的补药，不明原因的盗汗，应该要医院检查清楚。

体重减轻也是淋巴瘤可能会有的表现。对于近半年内没有特殊原因或原因不明的体重减轻超过10%，要尽早查明原因，不可掉以轻心。

皮肤瘙痒，很容易忽视，会误以为是一般的皮肤病。皮肤瘙痒是霍奇金淋巴瘤相对较特异的表现之一，可以是局部皮肤瘙痒，也可以是全身皮肤瘙痒。

淋巴瘤的表现还有很多种，以上这些是比较常见的一些可能表现，出现这些不适表现，要提高警惕，不要掉以轻心。但也不必过度恐慌，最关键的是要到医院查明弄清。



4

拧不清，空添乱，是“癌标”

横看成岭侧成峰，远近高低各不同。不识庐山真面目，只缘身在此山中。

——苏轼

词曰：“剪不断，理还乱，是离愁，别是一番滋味在心头。”

吾曰：“拧不清，空添乱，是癌标，别是一番纠结涌心头。”

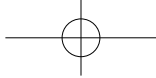
“癌标”是何物？“癌指标”是也！所谓“癌指标”只是老百姓叫的小名，它的正式学名是“肿瘤标志物”。它为何拧不清？又是怎样空添乱？何以让人一番纠结涌心头？

“肿瘤标志物”由于有“肿瘤”二字，吓倒了很多，也困惑了很多，有的医生（特别是体检医生）以不太专业的比方把“肿瘤标志物”说成是“癌指标”，有的甚至干脆说成是“癌细胞”，让这种恐慌情绪和困惑进一步加重。因此建议最好抛弃“癌指标”、“癌细胞”的叫法，既会误导人，带来不必要的恐慌，也让专科医生解释起来费神费力。

肿瘤标志物，从定义上来说，是指由肿瘤细胞或机体细胞受肿瘤的刺激而产生释放的一类物质，它存在于血液、胸水或腹水、尿液、其他排泄物或癌症病灶组织中，一般我们检测肿瘤标志物是通过抽血化验血液中的肿瘤标志物水平，有时也会化验尿液、胸水腹水等的肿瘤标志物水平，但最常用的是血液肿瘤标志物水平的检测。

“肿瘤标志物”在癌症筛查或是诊断中有时确实有一定的参考价值，能起到一定的作用，但有时却也可能是个让人徒增烦恼的无用之物。

癌症高发，人人谈癌色变，火了各类体检机构，有事没事去体检一下，顺便查查有没有癌症，而所谓的查查有没有癌症，无非就是查一查“癌指标”。可以说“癌指标”俨然成了体检的常规项目，这正迎合了民众的恐癌心理。体检结果出来，大家最关心的莫过于“癌指标”是不是升高了，结果当然只有两种，要么不高，要么高。不高的，笑了，庆幸没有得癌，自然兴高采烈，于是继续抽烟喝酒熬夜，街头小食狂吃海喝，从此高枕无忧；升高的，哭了，心想这下完蛋了，得癌症了，立马脸白了，腿也软了，甚至想到回家开始打理身后



事了。

这样的悲欢故事几乎每天都在上演，这是肿瘤科普的失败。

(一)

虚张声势的“铁蛋白”

张老伯是和我住在同一小区的邻居，平时见面会打打招呼。有一天，我下班回家，正要上楼，一抬头看见老伯正在楼梯口，手里拿着像是什么文件的東西，看得出，他是在等我。

看我来了，马上拉住我，很神秘的样子：“小潘，你看看，这是我的体检报告单，里面有一个什么指标高了，我问了体检部那边的护士，说这是一个肿瘤标志物，我问她啥是肿瘤标志物，她说就是癌指标的意思，我一听，癌指标，那不是得癌了吗？心想完了，癌症这下让我赶上了。那个护士还说，让我去找肿瘤科医生看看，她也懂得不多。回来的路上，我一想，你不就是肿瘤科的医生吗？我也不敢回家跟老太婆说这事，没准我没倒，她先吓倒了，我这一把老骨头了，倒是不怕死，就怕老太婆和儿女们知道了。这不就在这里等你，你快给我说说到底咋回事？是不是得癌了？”

我一听他说肿瘤标志物，心里有谱了，向我咨询这种事的人太多了。我说：“这样吧，老伯，站在楼梯口说话也不是个事，要么您到我家来吧，咱们坐下慢慢说。”

“那不行，你家不也好几口人吗？说话不方便，我就想悄悄问问你，不想让太多人知道。你跟我说一下我是不是得癌症了？”

“哪里啊！老伯。”我接过老伯手中的体检报告单，一边翻阅着，一边说：“既然您不想去我家，这站在楼梯口说话也不是个事啊，人来人往的，不方便，您不是不想让人听到吗？这样吧，我们在外面找个人少的地方坐下来慢慢说，行吗？”

陈老伯连连点头，这正合他意。

厦门的环境是没得说的，不愧是宜居城市，到处是绿化，小区、街边、湖边、公园，随处可以找到能坐下休息的石椅石凳。我们来到一个较为僻静的地



方，找张石凳坐下。

坐下后，我把老伯的体检报告前前后后、仔仔细细看了一遍，发现除了一些无关痛痒的指标稍高一些，比如血脂稍高一些，肿瘤标志物做的是全套，其中有一项铁蛋白（Fer）指标比正常参考值升高一些，其他都正常，这个甚至比我的体检结果还好啊。

我说：“老伯，您说的那个癌指标高，是不是这个？”我指着“铁蛋白”给他看。

陈老伯连忙点头：“就是就是，你看，都快400了，很高啊，小潘，这是不是很严重啊？我这到底是得了什么癌啊？可我也没什么不舒服啊，你也看到，我每天都活蹦乱跳的，还每天锻炼身体呢，怎么说得癌就得癌了呢？”

“老伯，你多虑了，这个指标啊，其实没有太多的实质性意义，常规体检本来就一般没必要查这一全套的肿瘤标志物，更没必要查这个什么铁蛋白指标，查了这么多指标，很可能会有一两项指标比正常值高一些，意义不大，反倒增加烦恼。”

“这不高着吗？怎么说没有意义呢？没意义怎么人家给我查啊？还说是癌指标可以查出癌症的。”

“这个指标确实是高一些，但这个指标是高或者低，多数情况下跟癌症并没有直接关系。年纪大了，确实要筛查肿瘤，但不是指望光靠查这个什么癌指标。你既然想查，为什么不找我先问一问呢？我也好给你参考参考，有针对性地检查。”

“其实本来我也没想到要去做这个体检，这不在报纸上看到有一家新开张的体检中心做广告，说有优惠，我就想既然便宜就去做了，没想到他们这么不专业。”老年人就是爱贪点小便宜，买东西是这样，体检和看病也是这样。

老伯似乎还是不放心，“但这个指标确实偏高啊，总得有点意义吧？人家说是肿瘤的标志物也不至于是骗我吧？”

陈老伯说得也在理，一个指标总得有点意义吧，难道白查了？我在门诊也经常接诊由于体检查到铁蛋白升高来就诊的病人，体检中心的人也说不出个所以然来，就说是肿瘤指标，让找肿瘤科医生，既让人家查，却又没有专业的解读。人家一听是肿瘤指标，还让找肿瘤科医生，当然会吓得脚软，真是害人的虚张声势不做正事的“铁蛋白”。



那这个“铁蛋白”到底是个什么东西？它其实是人体内的一种水溶性的铁储存蛋白，也就是说，我们身体内的铁储存在其中，它是人体内重要的铁储存形式，存在于各组织体液中，参与人体细胞内的代谢、细胞的增殖和免疫调控。1965年由Richter等人从恶性肿瘤细胞株中首先分离出来，从此就跟肿瘤扯上关系了。那它跟肿瘤到底有没有关系？检测铁蛋白在临床上有什么意义？意义当然有，首先由于它是人体内重要的铁储存形式，它可以用来协助判断病人体内铁的储存情况，对诊断缺铁性贫血、铁负荷过度等有参考意义。其次它确实跟肿瘤有点关系，可以作为恶性肿瘤的一种标志物，某些情况下对于我们协助诊断某些恶性肿瘤有一定的辅助价值，比如原发性肝癌、肺癌、胰腺癌、卵巢癌、白血病等恶性肿瘤患者血清铁蛋白可能升高。但在某些良性疾病，比如肝炎、心肌梗死、肝硬化等，血清铁蛋白也可能升高，这说明什么问题？说明铁蛋白这个指标的特异性很差，单纯依靠血清铁蛋白的升高不能用于恶性肿瘤的诊断，其价值非常有限，特别是单独应用时，可以说，它是所有肿瘤标志物中价值最有限的指标之一。正是因为如此，一般的健康体检或肿瘤筛查完全没有必要检测什么血清铁蛋白，以免增添不必要的困扰和纠结。

经过我的解释，陈老伯总算是放心了。不过，最后我还是忍不住提醒：“老伯，不管您查的这些指标正不正常，您这个年纪，有机会还是要针对性地重点筛查一下肿瘤，我看您平时也抽烟。有时间你到医院找我，我帮你安排一些针对性的癌症筛查项目。”

你看，我这肿瘤专科医生的职业病又犯了。

陈老伯满口答应，不过我看得出，他并不会真来找我做什么癌症筛查。我想多数人都是这样，该正规进行专业的筛查，他不愿做，倒是愿意听一些不太专业的这个那个的宣传忽悠。

（二）

望文生义“癌胚抗原”

相比铁蛋白，大家更熟悉更常见到的所谓癌指标是“癌胚抗原”，英文缩写CEA，这个指标常见到什么程度，可以说甚至到了只要是体检就必定会查一



查“癌胚抗原”，俨然成了体检的一项常规检查项目。

这个“癌胚抗原”指标一旦升高，比前面说到的“铁蛋白”杀伤力更大，因为它的名称中带个“癌”字，老百姓往往会望文生义，癌胚抗原升高，肯定得癌了，自然吓个半死。

“医生，我体检时发现这个指标（癌胚抗原）偏高一些，有没有关系？”

“医生，我的检查报告中有一个叫癌胚抗原的指标升高了，是不是得了癌症？”

“医生，你帮我看一下这个体检报告，癌胚抗原升高了，怎么办啊，这个是得了什么癌症？要不要紧啊？严不严重？”

以上是一般健康人在体检时发现癌胚抗原升高时问医生问得最多的问题。

“医生，我不是已经诊断得了癌症吗，可为什么这个癌指标（癌胚抗原）还是正常的？会不会是误诊了癌症？”

“医生，我的这个癌指标（癌胚抗原）只是高一点点，是不是表示我的病不严重？”

“医生，我的这个癌胚抗原指标升这么高，我是不是快不行了？”

以上是那些已经确诊癌症的病人或家属问得最多的问题。

“医生，我的这个癌胚抗原指标有些高，是不是表示复发了？”

“医生，我的这个癌胚抗原指标一直是正常的，可不可以不要做CT检查？”

“医生，我的这个癌胚抗原指标高一点，要不要开点药吃把它降下来？”

以上是那些癌症治疗完成后康复期处于随访阶段的病人问得最多的问题。

诸如此类，几乎每天都要重复回答这类关于“癌胚抗原”的咨询。面对这类问题，医生解释起来确实费神费劲，最主要是因为这个指标带个“癌”字，既然是癌胚抗原，一般老百姓甚至有的非肿瘤专科的医护人员也会想当然认为这个肯定跟癌症有关系，这个指标高肯定是得了癌症，不管你怎么解释，都难消除心中的疑惑。



曾在门诊接诊过一个40多岁的中年女性患者，她在一次健康体检中，发现癌胚抗原比正常参考值偏高一些。体检部的人什么也没说，只是让她来肿瘤科咨询，她一听，到肿瘤科咨询，是不是得了肿瘤？于是吓得不行，来到我门诊时那是一脸的焦虑。

我跟她解释：“你查的这个指标，尽管带有癌字，确实可能跟肿瘤有某种关系，但并不是必然有关。一般来说，如果明显升高，或者多次复查进行性升高，也就是一次比一次升高，多半表示确实有问题，如果只是一次轻度偏高，并不表示肯定有问题，不要太担心。”

她很会抓字眼，一听我说“并不表示肯定有问题”，就说：“那就还是可能会有问题啦。”

很多人就是喜欢听非常肯定的用词，喜欢听拍胸脯的话，殊不知，医学不能太绝对，太绝对就可能会误事。我说：“我当然也不是说你肯定没事，而是说，你的这个指标值只是稍偏高，有没有问题仅凭这个指标看不出来。医学上没有绝对的东西，即便这个指标完全正常，也不表示你就肯定没问题，有没有得癌，可不是靠这一个指标来衡量的，它只是一个参考。很多因素会影响到它的结果，一些良性疾病，比如炎症，也可能会有癌胚抗原的轻度升高。”

“那它为什么叫癌胚抗原？既然是癌胚抗原，怎么会跟癌症没关系？”她的问题也是多数老百姓的困惑。

“我没说跟癌症没关系啊，有关系，但不是必然的因果关系，之所以叫这个名字是因为它最初是在结肠癌的提取物中发现，而这个提取物的抗原也出现在胚胎细胞上，于是就称它为癌胚抗原。得了癌症可能会有这个指标升高，但也可能这个指标完全正常，没有得癌症的人，也可能这个指标会轻度升高。”

“那医生你说，我这个到底有没有得癌症？”看来，还是没拧清，汗！

“我已经说过了，光靠这个指标我无法判断你有没有得癌症，你这个指标只是稍稍偏高一些，考虑到你的年龄，你可以定期复查这个指标，并可以考虑加做一些其他标志物，比如CA125、CA153等，它们可能对卵巢癌、乳腺癌会有些参考意义，但也只是参考。暂且把这些个指标放一边不管，不管这些指标是正常还是升高，作为你这个年龄段的中年女性，都应该进行一些必要的癌症筛查，特别是乳腺癌、宫颈癌等方面的。”

“哦，这样啊，那医生，你帮我安排检查吧，我实在是不放心。”



“这个当然可以。”

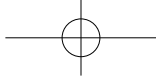
我详细询问了她的职业、家族史等，根据她的年龄，针对性地安排了乳腺癌、宫颈癌等筛查，最后的结果一切正常，暂时没有发现明显问题，她说“总算是舒了一口气”。我交代她，筛查结果正常不等于从此可以高枕无忧，以后还是要定期来检查。

说到这，故事似乎结束了，但我想肯定并没有完全解开大家心中的疑惑，很多人可能会问，“癌胚抗原”到底有什么价值？体检到底要不要查这个指标？

癌胚抗原是大家最普遍看到的一个肿瘤标志物，确实跟肿瘤相关，但又不是完全的对等关系。癌胚抗原的升高提示我们要注意排除上皮性的恶性肿瘤，它最早在结肠癌的提取物中发现，因此一旦发现它明显升高，要首先想到胰腺癌、结肠癌、胃癌等消化系统肿瘤的可能。当然，它的意义不仅于此，它对肺癌、乳腺癌、卵巢癌等也有参考价值，对膀胱癌、宫颈癌、子宫内膜癌等也有一定的提示意义。总的来说，它的数值升得越高，意义就越明确，一般癌症越是晚期，或癌症病灶越广泛，癌胚抗原数值可能越高，但不是一定这样，因为癌症晚期也可能数值并不太高，甚至正常也有可能。由于很多种癌症都可能会有癌胚抗原升高，所以癌胚抗原对鉴别是哪一种癌症并没有太多帮助。

另外，癌胚抗原对于癌症病人的预后判断也有参考价值，比如手术前癌胚抗原水平正常的病人，它的手术治愈率可能更高一些，手术后的复发概率也可能更低些，而手术前癌胚抗原已经明显升高的病人，多数可能已有血管壁、淋巴系统和神经周围侵犯和转移，常预示着预后偏差，可能更易复发。同时，对于治疗前就有癌胚抗原明显升高的癌症病人来说，它还可以作为治疗后是否有效的一个参考指标，或者对病情监控随访也有一定的参考价值。在结直肠癌治疗和随访期间，癌胚抗原是一个很有效的监测指标，是发现复发较理想的一指标，其发现复发的敏感性甚至高于X线和肠镜。

最后，必须特别强调的是，癌胚抗原升高并非就一定是癌症，比如吸烟的人、有溃疡性结肠炎、胰腺炎、结肠息肉、活动性肝病的人，癌胚抗原也可能升高。因此，发现癌胚抗原升高，当然要重视，但切莫望文生义引发不必要的恐慌，要咨询肿瘤专科医生，根据具体情况进行解读，并视情况安排进一步的检查或观察随访。



(三)

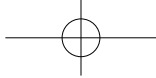
爱恨纠结“癌指标”

除了上面说到的铁蛋白和癌胚抗原，其他“癌指标”的故事也同样在每天上演着，故事的内容大同小异，无非是纠结于这些指标升高的意义，为所谓癌指标的升高而烦恼着。简单的事弄复杂了，就是烦恼。爱恨“癌指标”烦恼结，一并帮你解。

CA125（糖基抗原125）。一说CA125，脑子里第一个浮现出来的印象就是“卵巢癌”，因为它属于卵巢癌相关抗原，对协助诊断卵巢癌（卵巢上皮癌）有较大价值，很多卵巢癌患者会伴有CA125升高。对女性而言，如果CA125明显升高，我们第一个想到的就是要排除卵巢癌可能。但它的意义并不仅仅是限于卵巢癌，除卵巢癌可能会明显升高外，胰腺癌、食管癌、胃癌、子宫内膜癌、输卵管癌、肺癌等都有可能会有CA125升高，甚至明显升高。另外，除了对诊断的提示意义外，CA125升高与肿瘤负荷增加也有关，因此它的另一个更重要意义是对那些已经确诊卵巢癌的病人进行治疗后的疗效监测和病情随访，有时甚至成为唯一的疗效判断参考指标，某种程度上堪称是卵巢癌治疗的疗效监控晴雨表，当然这个只对那些CA125明显升高的病人，有的卵巢癌CA125从诊断时一直都是正常的，那它就没有什么指导价值。

和其他肿瘤标志物一样，得了癌症CA125不一定会升高，而升高也不一定是癌症，但非癌症的情况下多数升高幅度较小，比如CA125的轻度升高可见于子宫内膜炎、子宫内膜异位症、良性的卵巢肿瘤、急性胰腺炎、肝炎、腹膜炎等。因此，发现CA125的升高，先不要急着恐慌，要找专科医生根据具体情况分析。

CA153（糖基抗原153）。这是又一个会让人立马脑子里浮现“标签”肿瘤的指标，这个“标签”肿瘤是哪一个？很多人可能都知道，那就是乳腺癌。它属于乳腺癌相关抗原，对乳腺癌的诊断有较高的特异性指示意义。如果女性的CA153指标明显升高或进行性升高，首先要想到乳腺癌可能，大家要特别注意“可能”这两个字，因为不管这个指标升多高，它不能作为确诊乳腺癌的依



据，而且它的价值主要体现在中晚期乳腺癌，敏感性较差，并不适合作为发现早期乳腺癌的指标，容易漏检，因为多数乳腺癌早期CA153并不升高。

其他癌症也可能有CA153的升高，比如卵巢癌、肺腺癌、胰腺癌、结直肠癌等，当然CA153对乳腺癌的提示意义比其他癌症更强一些。除了协助诊断，CA153也同样可以作为乳腺癌病人治疗的疗效监测、预后判断、病情随访的重要参考指标。

此外，某些良性的乳腺疾病或其他某些非癌症的良性疾病也可能会有CA153升高，但多数升高并不明显，也不会进行性升高，这个是所有肿瘤标志物的共同注意事项。

CA199（糖原抗原199）。它同样是一种很容易贴上某种肿瘤“标签”的标志物，属于胰腺癌相关抗原，对于胰腺癌的诊断有较特殊的指示意义，如果发现CA199明显升高，或者进行性升高，要首先想到胰腺癌的可能，要进一步检查以便确诊或排除。同时它也是消化道肿瘤相关的抗原，胃肠道癌症、肝癌、胆管癌等其他消化系统癌症也可能有较明显的升高，非消化系统癌症如卵巢黏液性癌、宫颈癌等也可能会有升高。

CA199除了有诊断的提示意义，更主要用于胰腺癌等的治疗疗效监测，通常手术后一周左右CA199可降至正常，如果持续不下降或下降后又升起来，提示癌症病灶残留或复发可能。某些良性疾病，比如急性胰腺炎、胆道结石胆管炎等也可能轻度升高。

CA724（糖原抗原724）。它主要是胃肠道癌症和卵巢癌相关的肿瘤标志物，如果明显升高，多提示要注意排查胃肠道肿瘤特别是胃癌，以及卵巢癌。但这个指标特异性并不高，非小细胞肺癌、胆道系统肿瘤、结直肠癌、胰腺癌等也可能会明显升高。正常健康人以及良性胃肠道疾病也可能会轻度升高，因此要根据具体情况具体分析。

AFP（甲胎蛋白）。AFP同样是一个会让人跟某个癌症划上等号的肿瘤标志物，那就是原发性肝癌，它是一个可以用来诊断原发性肝癌的指标，AFP在肝癌临床诊断中的价值举足轻重，AFP检测结合临床的病史和影像检查信息，



就可以从临床上诊断原发性肝癌。同样的，AFP可以作为肝癌的疗效监测指标和预后评估参考指标。但要注意的是，肝癌也可能AFP正常，对AFP正常而又怀疑肝癌时，应该进一步通过其他检查来明确诊断，而千万不要以为AFP正常就肯定没事，就认为肯定不是肝癌，这是大错特错。而反过来，AFP升高也不一定就是癌症，比如肝炎、肝硬化、妊娠也会AFP升高。

另外，AFP还可以作为协助诊断生殖系统的癌症如女性卵巢生殖细胞肿瘤、男性睾丸肿瘤的指标。肝的转移性肿瘤（继发性肝癌），也就是由其他部位的癌症转移到肝脏的肿瘤，比如结肠癌肝转移，胃癌肝转移，AFP也可能升高。所以，哪怕是像AFP这种对肝癌有较强的针对性指示意义的肿瘤标志物也存在很多复杂情况，必须要具体情况具体分析。

PSA（前列腺特异抗原）。从名称上就可以知道它是一种前列腺癌相关的肿瘤标志物，它只表达于前列腺导管上皮细胞，是为数不多的器官特异性肿瘤标志物之一，这种严格的器官定位和细胞类型特异性使它成为前列腺癌的一种比较特异的诊断标志物，包括游离的PSA（fPSA）和总PSA（tPSA），对诊断前列腺癌意义举足轻重，主要用于前列腺癌的诊断和鉴别诊断，同时PSA的升高与肿瘤的负荷量呈正比例关系，也就是肿瘤越大越晚期，它的数值可能越高，当然这个不是绝对。同样，PSA也可以用于前列腺癌的治疗疗效监测和预后判断以及随访病情监控。此外，良性前列腺肥大或增生也可能会有PSA轻度升高。

TPA（组织多肽抗原）。这个指标在临床实际应用并不多，属于肿瘤增殖的标志物，它的升高表明细胞处于增殖转化期，主要见于膀胱癌、胰腺癌、胃肠道肿瘤、前列腺癌和卵巢癌等。同样的，它对某些肿瘤的预后判断和复发监测也有帮助，比如手术前如果TPA明显升高，多提示预后不好，也就是说，将来复发的风险大，当然，这个只是作为参考。另外，如果癌症经过治疗后这个指标下降了，或者降为正常，而后又再度升高，则提示复发的可能，提示你要注意进一步检查。

SCC（鳞癌相关抗原）。是一种鳞癌相关的抗原，主要用于鳞癌（比如肺

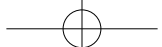


鳞癌、食管鳞癌、宫颈鳞癌、头颈鳞癌)的辅助诊断。同时,这个标志物的水平与肿瘤负荷、肿瘤细胞的活跃程度相关,因此也可用于食管鳞癌、肺鳞癌等的治疗疗效监测。肿瘤在进行根治性切除后,血清中的SCC水平可下降直至正常。

CyFRA211(细胞角蛋白19片段)。同样是一种鳞癌相关的标志物,它在肺癌病人的血清中含量最高,因此对肺鳞癌的敏感性最高,血清中CyFRA211的水平与肺鳞癌病人的病程存在一定的正相关,因此它对肺鳞癌的疗效监测等有辅助判断参考价值。当然,它对其他部位的鳞癌(比如食管鳞癌)也有一定的参考意义。

NSE(神经元特异性烯醇化酶)。它是神经元和神经内分泌细胞特有的一种酶,在小细胞肺癌、神经内分泌肿瘤、神经母细胞瘤、精原细胞瘤中有过量的表达,因此可作为这些肿瘤的肿瘤标志物,是小细胞肺癌和神经母细胞瘤较为特异的诊断标志物。由于血清NSE的水平高低和小细胞肺癌的进程密切相关,是小细胞肺癌的高特异性、高敏感性的标志物,因此可用于小细胞肺癌的疗效观察和复发监控,比如治疗前NSE明显升高,经过治疗后癌症病灶明显缩小,NSE数值也会相应下降,直至恢复正常,但如果病情恶化或复发时,NSE水平又可能再次升高。同时,NSE对小细胞肺癌的预后判断也有价值,比如在治疗前,血清NSE显著升高的病人比那些升高不明显的人可以预后更差。NSE升高多见于晚期病人,不能把它作为小细胞肺癌的早期诊断指标,不能因为NSE指标正常就认为没有得癌症。

β -HCG(人绒毛膜促性腺激素- β 亚基)。正常情况下不能产生激素的组织,在癌变后可能会出现某种或某几种激素的分泌, β -HCG就是其中之一。它是诊断早孕的一种指标,尿或血液 β -HCG检测阳性提示怀孕(正常妊娠或宫外孕)。但某些癌变后的组织也可能分泌 β -HCG,比如绒毛膜上皮癌、侵袭性葡萄胎、睾丸癌。因此, β -HCG可用于以上这些癌症的诊断和疗效监测、随访监测,甚至是唯一的疗效和病情监控指标。此外,卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌、肝癌、乳腺癌等也可能会有轻度升高或阳性反应,要注意鉴别。



其他，比如ALP（碱性磷酸酶）、LDH（乳酸脱氢酶）、CT（降钙素）、抗EB病毒相关抗原的抗体等等也都可以作为某种或某些肿瘤相关的标志物，在协助诊断、疗效监测、预后判断等方面会有一定的参考价值。

通过以上对各个常用肿瘤标志物的逐一分析，可以将肿瘤标志物的价值归结为五个方面：辅助诊断、协助鉴别诊断、观察疗效、监测复发、预后判断，当然不同的标志物起的作用不一样，价值大小和侧重点也不一样，要根据具体情况进行分析解读。

最后请大家记住以下这句话：肿瘤标志物高不一定是癌症，癌症不一定会有肿瘤标志物的升高。这听起来似乎很绕，也似乎有废话之嫌，但客观事实就是这样，不能简单地YES或NO，你不能为了图省事就简单化，必须要让专科医生综合各方面资料进行判断分析，不能武断，不能简单化，不能绝对化。

肿瘤标志物，你纠结也好，烦恼也罢，它就在那里，唯有理性面对，科学处理。



5

铁证如山，谁来一锤定音

谁没有耐心，谁就没有智慧。

——萨迪

(一)

真相之路

每次门诊都能碰上一两个有时甚至好几个因为体检发现某个肿瘤标志物升高而来咨询就诊的病人，杨某就是其中之一。

那天，他来到我诊室，刚进门还未坐下，第一句话就是：“医生，您帮我看一下，我这个癌指标这么高，得的是什么癌症啊？还有治疗的希望吗？”尽管他努力显出很镇定的样子，但难掩内心的紧张、焦躁与不安。

我拿过他手中的体检报告单，原来是癌胚抗原升高。相信大家肯定都已经知道什么是癌胚抗原（CEA）。现如今，它俨然成为当下大大小小各类体检的常规检查项目，不管男女老少，似乎体检必须得要查一查癌胚抗原，否则这体检就不算完整，这显然有滥用之嫌。

但既然查了，就肯定会有正常或不正常（升高）之分，恰恰很多人的体检结果往往是癌胚抗原或其他某个肿瘤标志物指标比正常参考值升高了一些，这种情况最让当事人纠结，那种纠结和满脸的焦躁，看着让人着急和心痛，也因此我要费很多口舌去解释。我甚至曾在微博上这样说：如果不能正确理解和理性辩证看待，或者分不清，做普通的健康体检时，查肿瘤标志物，纯粹是自寻烦恼，自己给自己添堵。

很多人很迷信癌胚抗原这类肿瘤标志物，似乎得没得癌，查一查这个就知道答案了，于是，一看检查结果正常，马上长舒一口气，那意思癌症跟他无关了。事实当然并非如此，一个人是否得了癌症，跟肿瘤标志物升不升高也许确实有某种关系，但并没有直接的关联，结果正常不等于没有得癌症，指标升高也不等于就得了癌症。有人会说：“照你这么说，这肿瘤标志物根本就毫无用



处，查了等于白查。”你如果非要这样说，也未尝不可，因为确实常常是查了也等于白查，而且会给那些不能正确理解的人增加不必要的烦恼和心理压力。当然，要说它毫无价值，那又是走向了另一个极端。其实只要当事人对检查结果能够正确理性看待，听得进解释，拧得清，查一查也无妨，除了多花几个钱，至少也没有什么坏处，而且有时确实可能会有意外发现。

这不，杨某就是在一次单位年度常规体检中偶然发现的癌胚抗原升高。如果只是轻度的升高，当然不能说明太多的问题，但杨某的癌胚抗原值高达127u/L，而且复查过一次，确认不是机器误判或送检的标本搞错。127u/L，比正常参考值翻了好几倍，升高这么明显，应该还是有问题的，当然不能轻易放过，作为肿瘤专科医生，我深知其中的利害关系，甚至心里已经八九不离十地预判他极可能得了某种癌症，尽管他并没有任何的不舒服表现。

但，不管癌胚抗原升到多高，它也仍只能是疑诊癌症，只是提醒我们要警惕。它的数值升得越高，可疑度就越高，但再高也不能由此确诊癌症，更不能由此就判断出得的是哪种癌症。它仅仅是提供了一个线索，沿着这条线索，到最终的水落石出，还有一段路要走，甚至是很长的路。需要检查，需要时间，需要耐心，需要等待，特别是这种除了癌胚抗原升高之外没有任何其他线索时，检查就只能是拉网式的大搜查，就像破案，当线索很少时，只能采取拉网式的排查。当然，所谓的大搜查也并不是完全漫无目的、毫无针对性，比如杨某是中年男性，吸烟，我们的搜查重点就是肺癌，还有消化道癌症（胃癌、食管癌、大肠癌等）。如何排查？当然是有重点、有针对性地安排检查，比如肺部CT，比如胃镜、肠镜等。

做检查当然需要时间，要预约，急不得，也急不了，特别是在大型三甲医院，病人多，排队是必然的，甚至可能为了一个检查要等上一周甚至两周的时间。很多病人和家属很不理解这一点，对此也不能接受，其实作为医生，我心里比病人更着急，但这是目前中国大医院普遍的现状，除了接受，你别无它选。其实在发达国家公立医院，也同样存在这个问题，除了马上会危及生命的急症，检查的预约时间通常很长，有的预约检查时间在一个月甚至几个月之后，这在中国是不可能的，估计医生会被骂死打死，其实医生何罪之有？

癌症诊治，“诊”要先于“治”，这是常识，没有正确的诊断，当然就不



会有合适的治疗。多数情况下治疗本身可能并不复杂，搞清楚是不是癌症、是什么类型的癌症才是重中之重，是之后一切工作的前提基础。可就是有很多人不明白这个简单的道理，不肯花时间在诊断上，认为把钱花在检查上是耽误时间、浪费金钱，打内心里重治疗轻诊断，重药物轻检查，有了什么不舒服，急着要求治疗，这是很多中国老百姓一直以来根深蒂固的传统观念。每每身体有个头疼脑热之类的不舒服，第一个反应是“要不要吃什么药？”，而不是问“这是什么病？要不要做什么检查？”什么病都没弄清楚，吃什么药？岂不是乱吃药？

大家不妨反思一下自己，或者留意一下你周围的亲朋好友，是不是多数人都这样的观念？即便是身上长了一个什么包包，首先问的也是“吃什么药可以消掉？”，连什么病都不知道，就急着吃药，这纯属是瞎碰乱撞，就像是法官断案，连某个人犯了什么罪都不知道就给他判个什么刑，实在是荒唐可笑。这其实正给了那些神医骗子以行骗的机会，因为他们最不管这个，最会迎合病人的心理需求。

建议大家将这句话牢记在心：不管身体出现什么异常情况，或主观的不舒服，或身上长了个什么东西，或做什么检查有某个异常的发现，头脑中第一个想到的应该是：这是什么情况？是正常的生理现象还是异常的病态？如果是后者，可能是什么病？到了什么程度？怎样才能弄清楚它的诊断？然后才是问要不要治疗？怎样治疗？要不要吃药？吃什么药？当然，极少数的危及生命的急症要先救命为先，但在生命稳定之后，仍然必须要走这个“先诊后治”的程序，先弄清楚诊断，然后是治疗。

这种“先诊后治”的思维习惯和观念，建议大家平时要有意识地去慢慢养成和建立，使其扎根在骨子里，如此一来，将来你会从中受益良多，也可有效减少上当受骗的机会。

当然，并不是所有的身体异常情况都可以一下子弄得清楚，也就是说很多不舒服的表现很难或根本就诊断不出来是个什么病，医学上大量的的是搞不清的中间灰色地带，这是由于医学的局限性所致，这个没办法，是另一回事，你不能因此就查都不去查，就像有的案子确实不好破甚至是疑难悬案，但你不能因为不好破就干脆不去查而直接给判刑，那岂不是乱判？你总得先努力去查，然后才知道能不能查清楚，你要先去做这个诊断工作，至少脑子里有这个思维，



这样去做了、去查了，最后如果仍是诊断不明，没关系，至少你做过努力，至少有个大致的倾向。如果不管三七二十一，上来就打针吃药，那完全是无的放矢，瞎碰乱撞，弊肯定会大于利。

有的人可能会举“试验性治疗”的例子。是的，确实有“试验性治疗”一说，但这种试验性治疗其实也并不是一上来就给治疗，也仍然是先要做诊断工作，只不过是出于尽管做了这个那个检查，最后还是诊断不明，可又高度怀疑某个病，这个病又不能不管不顾放任自流，于是试着进行经验性的治疗，这种试验性治疗其实既是治疗性的也是诊断性的。而且也不是随意为之，更不能随便滥用，应由专科医生根据具体情况，在监控和观察下进行。

尽管我在收杨某住院之前，跟他一再强调过先要弄清楚诊断，这个是当前的重中之重，只有癌胚抗原升高这唯一的一条线索，想要查清楚什么病，检查的时间可能会很长，甚至半个月一个月也有可能。如果没有特殊情况，在没有弄清楚诊断之前，暂时没有什么特别的针对性治疗，让他要有这个思想准备，他当时点头表示理解。

然而这并不是契约，连口头契约都算不上，这不才住院三天，他就开始着急了，他家人也一样跟着急了，查房说得最多的一句话是：“潘医生，什么时候才能检查完啊？快点给我安排吧，不然耽误病情了怎么办？”甚至有时说出“耽误病情谁来负责”之类的话。这住院才几天啊，住院前就说过了可能需要十天半月甚至一月，这就变卦了？饭得一口一口吃，检查得一项一项做，而且也不能所有的检查全堆一天做，几千张床位的大医院，也不是你一个病人，咋能说做就做？得预约，得排队，按先后顺序，你是病人，别人也是病人，你急，别人也急，只能按规矩来，没办法，你要么接受，要么就只能换医院，可事实上，只要是大医院，换一家医院也差不多。至于为什么会是这么个现状，涉及体制和医疗政策大环境问题，我不想在这里吐槽，这也不是我写本书的目的。

这还不算，过了几天，查房时他又问：医生，能不能早一点开始治疗？癌指标升这么高，这还不是癌症吗？肯定得是癌症，用得着做那些检查吗？要不要抓紧时间治疗，把这个指标降下来？

陪着一起来的家属还跟我举例说他们那里有一个人，以前在医院做CT说



是得了癌症，不想在医院治疗，拿着报告单回家找他们那里一个据说治癌症很有一套的人，马上就开了中药开始治疗。

我的天，做个CT就说是癌症，然后就开始治疗，这是不是癌症还不知道呢！极可能那个人不是癌症，要真是癌症，那才真是耽误事，如果不是癌症，吃不吃他那个药，所谓的“癌症”（其实可能只是良性结节）都不会危及生命，甚至还有自己缩小或消失的可能。

此刻我的内心是崩溃的！我唯有一遍一遍反复耐心地解释，可仍不能消除他们的急躁心理，真让人哭笑不得。

在我的反复解释和耐心安慰下，检查终究还是一项一项完成了。原先以为根据他的年龄和吸烟史，我高度怀疑他是肺癌，但肺部CT结果出来并没有发现异常。由于他的肠镜检查预约时间先于胃镜，他先做了肠镜，也同样没有发现异常，连续几个检查没有发现问题，更加重了病人和家属的烦躁和不耐烦心理，甚至有一次家属直接跟我说：“耽误这好些天，做这么些检查，都没发现问题，白浪费钱还耽误病。”语气中全是抱怨和责怪，我只能摇头叹息。

面对如此直白的责怪和不信任，再好说话的医生有时也难免会有情绪，我面带愠色，说：“你咋能这样说话呢？连基本的信任都没有，这病你还能看下去吗？你完全可以另找医生。”但我顿了顿，随后一想，还是不要跟病人和家属一般见识，而且将心比心，他们的心情也是可以理解的，得，继续耐心解释吧。

调整一下情绪，我接着说：“这不是还有一项重要的检查胃镜没做吗？而且即便所有这些检查做完了，全都没有发现明显问题，也是完全有可能的，住院之前就跟你说过的，弄清楚诊断可能要很长时间，甚至最后没查出什么也是有可能的，到时可能要考虑其他检查，比如PET-CT检查。诊病就像是破案，特别是你这种线索很少的情况，只能采取拉网式的排查，也就是一项一项对各个可疑之处进行检查，这种排查式检查当然会费时费力也费钱，但你必须要有思想准备，急不得，也急不了。”

病人和家属觉得我说的有道理，连忙说：“对不起，我们也是心里急，您别放在心里。”我一听，得，终于明白了，没事了，明白就好。

可次日他们的那种不耐烦又恢复如初，跟这样的病人和家属打交道，医生真是会折寿。



尽管有着这种种的不快之事，在我的耐心和坚持之下，胃镜还是按期进行了，结果出来，镜下初步诊断为“胃癌”，结合癌胚抗原明显升高，这个诊断其实已经是十拿九稳了，但这还不是进行真正的癌症治疗的依据，也就是说，这还不是最终的确诊依据。

有人会说，这已经算是“铁证如山”了，还要等什么？你医生这是故意的吧？

当然还要等，等胃镜活检组织的病理报告，这才是真正的“铁证”，是一锤定音的终极诊断，是癌症诊断的金标准。

当怀疑某个人违了法犯了罪，我们只能称之为嫌疑犯，想要将其绳之以法，必须要确认他是真的违了法犯了罪，必须得拿出能让人信服的铁的证据，这是极严肃的事，否则可能制造冤假错案。要达到这个目的，当然必须要搜集充足的证据，然后由法官做出判决。癌症诊断也一样，当怀疑得了某种癌症，必须要搜集全面充分的资料，也就是要详细的问诊、详细的查体以及做各种检查，以确定诊断。在没有确诊之前，除非在极少数特殊紧急情况下，一般不允许进行损伤性的肿瘤治疗，比如癌症根治性手术、化疗或放疗等，我反复说过，治疗的前提和基础是诊断，没有正确的诊断，就没有正确的治疗。

癌症诊断不能轻率，因为癌症的帽子一旦戴上通常就意味着伤害性的治疗，比如早期癌症的根治性手术，根治性手术常常涉及某些器官的切除，这可不是闹着玩的；又比如癌症的化疗，化疗会带来明显的毒副作用，这也不是闹着玩的。尽管由于医学所限，不能保证永远没有误诊，但至少必须要保证在现有医学技术条件下、遵守现有诊断规范，进行癌症的诊断，然后才开始正式的癌症治疗。如果这样去做了，最后当然也仍存在误诊的可能性，但这是医学的局限所致，并非主观故意，你至少不会留有遗憾。

这一点，无论是医生还是病人，都要始终牢记在心。可就是有人会忘记这一点！

某个病人体检做胸部X线摄片检查发现右肺门有个结节，进一步做CT考虑为肺癌，经过其他检查初步诊断为早期肺癌，这仍只是初步诊断，不是最终的确诊，要么在手术前进行纤支镜活检，将活检取得的组织送病理检查以确定诊断，如果术前活检困难，直接手术也是可以考虑的，但在术中必须进行冰冻病理检查，也就是将切下来的肿块立即送到病理科进行检查，确认是癌症然后才



继续进行根治性的手术。而决不能想当然，否则万一真的只是肺的良性结节，进行大范围的根治性手术，伤害性代价就太大了。不要以为没有这种可能性，尽管这种可能性并不大，这正如法官如果过于主观，或者过于自信，而不是基于铁的客观证据来对犯人进行判罪，将可能把好人误判坐牢几十年甚至死刑，这个问题太大了，后果太严重了。

现如今，这种未经确诊、只是建立在初步诊断的基础上就进行根治性手术或进行化疗的情况越来越少见，但仍偶有发生，特别是在一些基层医院，这当中可能有医疗技术水平所限的原因。客观条件所限，这个当然无可指责，但如果确实因技术条件所限无法做到，就不要勉强将病人留下来手术或化疗放疗，而应转诊到上一级医院，你至少得征求病人和家属的意见，这既是对自我的保护，更是对病人最最基本的人道。允许水平低，甚至允许“无能”，但不能把“无能”当“有能”，要敢于承认“无能”，没有金刚钻，就不要揽那个瓷器活。

医生，当然必须懂得这一点，否则就是失职失责。病人，同样也要懂得这一点，才能好好配合医生，也才能避免被某些神医大师甚至有时也包括某些所谓正规医院的医生所忽悠。

癌症诊断，一定不要去想当然，不能简单化，不能图省事，必须要有耐心。有人会说，你是站着说话不腰疼，这么大的病怎么可能不心急。心情当然可以理解，但关键是你急也没用，更何况，癌症的长成不是三天两日，至少也得一年两年好几年，甚至十几年几十年，不差这诊断花的一点时间，为了弄清楚确切的诊断，哪怕是花一个月几个月也是值得的，因为没有弄清楚诊断，治疗就是乱来，癌症的治疗多数情况下不能试验性进行治疗，容不得乱来，前面说了，癌症的治疗要么是根治性的大手术，要么就是对身体有伤害的化疗或放疗。

记住一句话：磨刀不误砍柴工。

继续来说杨某，胃镜检查结果一出来，家属就迫不及待追问结果，告知胃镜检查的结果提示是胃癌，但还得等活检病理的结果。果不其然，家属一听就急了，说：“你这个医生什么意思？之前一直让检查，让我们等，这下发现问题了，胃镜也诊断了胃癌，为什么还让等？”

我当然还得耐下心来解释，因为胃镜活检的病理检查结果非常重要，唯有



这个才是最终的确诊依据，而且我们还想了解确切的病理亚型以及肿瘤分化情况，所以，还必须要“等”。

当然，我们的“等”不是被动的傻等，因为诊断已经是十拿九稳，我们需要的不过是病理科医师的最终确认，也就是那一纸病理报告单。在这个等待病理报告的过程中，我们可以继续完成全面的检查工作，也就是分期检查以及病人身体方面的评估，为接下来的治疗做准备。癌症的诊断，不只是弄清楚是什么癌，什么类型的癌，还要弄清楚是哪一期，不同的癌症治疗策略不一样，不同分期的癌症，治疗策略也不一样，所以这两方面的信息是极其重要极其关键的，也是最核心的两方面信息，是所有工作的前提基础。离开诊断和分期谈治疗，都基本是要流氓。

病理报告要等多久？这个不一定，典型的、容易诊断的常见癌种，也许一两天就可以，但多数可能要三天左右。疑难的、少见的、复杂的癌种，比如淋巴瘤，软组织肿瘤，可能需要等五六天七八天，因为需要做免疫组化，甚至十天半月一月的也不一定，有的还需要加做基因方面的检查，有时还需要病理科医生和临床医生、影像科医生坐下来一起讨论才能有个结果，甚至迟迟下不了诊断也是完全有可能的。这正是疾病的复杂性，医学的复杂性，并不是医生故意这样，愿意这样。有的肿瘤确实诊断困难，没办法，如果你恰好得的是这种疑难的少见的肿瘤或特殊病例，遇到诊断困难，要理解医生，接受现实，医生其实比病人还急。

当然，杨某得的胃癌并没有那么复杂，但也不是马上当天就能出结果的，按我们医院通常出病理报告的规律，一般需要三天左右，这是一个平均时间。病理检查不就是病理科医生在显微镜下看一下吗？用得着这么长的时间吗？这显然是对病理诊断工作程序的不了解，活检或手术切下来的组织送到病理科，可不是马上就能放到显微镜看的，要固定、石蜡包埋，切片制片，染色，等等一系列的工作要做。如果诊断遇到困难下不了结论，还需要进一步加做免疫组化，甚至分子生物学、染色体、基因等方面的检查，这些都是需要时间的。前面说了，病理诊断是一锤定音的作用，所以病理科医生承担的责任和压力是可想而知的，来不得半点疏忽和大意。永远要记住：没有哪个医生会故意拖着不出报告，没有哪个医生不愿意尽早出结果，但医学是复杂的，并不能保证每次都能顺顺当当。



杨某的病理诊断报告终于等来了，是“胃低分化腺癌”，而他的分期检查也基本完成，根据诊断和分期，给他安排了术前化疗，然后转到外科进行了根治性手术，术后根据病理分期再进行了术后辅助化疗。

诊断错了，全部的方向就都错了，因此，必须要弄清楚确切的诊断（也就是要有病理诊断）才能开始真正的癌症治疗，除非极少数的特殊情况。可以说，诊断工作，生死攸关！

诊断对了，大的方向不会有错，但如果分期不准确，精细的治疗策略安排难以做到，势必影响治疗的结果，或治疗过度，或治疗不足。可以说，分期工作，同样举足轻重！

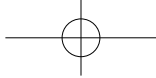
所谓的精准治疗，首先的一个基本前提是要有精准的诊断和分期，掌握尽可能多的充分信息，然后才可能有更精准的治疗安排。

（二） 八卦医生

有人肯定会说了，既然病理检查是癌症诊断的金标准，那做其他那么多的检查有什么用？岂不是白白浪费时间和金钱？不如直接就做病理检查。

当然不是这么简单。当你出现什么不舒服症状（比如咳嗽，比如便血，比如肚子痛），或者有了某种异常表现（比如身上某个地方摸到包块，比如发现身上的某个痣突然破溃了或变大了），你当然并不知道到底得了什么病，唯一能肯定的是，这是异常表现。但从这条最初的线索，到最终的确定诊断，中间有或长或短的路要走。简单的、容易的、典型的，医生一眼就能辨别，复杂的、疑难的、不典型的，医生就需要通过搜集各方面的信息进行综合判断，一步一步逐渐深入，诊病，远没有想象的那么简单。

就癌症的诊断来说，有的人简单地把身上长了包块就诊断为得了癌症，有的人只是抽血化验发现某个所谓的“癌指标”（规范的名称是“肿瘤标志物”）高了就说是得了癌症，更多的人是把X线拍片或CT等影像检查发现的阴



影或结节或包块等直接说成是癌症。而且更要命的是，不只是老百姓存在这种错误认识，有的非肿瘤专科的医生也有这种错误认识，特别是某些体检机构的医护人员，实在是误人不浅。

临床表现出来的不舒服症状，或者摸到的包块，或者检查手段发现的异常只能是提示癌症的可能性，但不能直接就诊断为癌症，癌症有诊断的标准，不是某个人说了就算的，而且不同的癌症有不同的诊断标准。

诊断是治疗的前提，正确的诊断可以说是生死攸关，没有诊断就没有治疗，这句话值得反复说，必须牢记在心。

癌症的诊断，要解决以下几个层次的问题：首先要解决到底是不是癌症？其次要解决是哪一种癌症？接下来要解决癌症的分期问题，也就是癌症发展到了什么程度什么阶段？最后还要了解与癌症治疗有关的问题，比如病人的身体状况如何、脏器功能如何、是否有合并的其他疾病？目的是了解病人是否能耐受手术或化疗或放疗等。

总之，诊断越明晰、分期越精确，方方面面的信息掌握越充分，治疗就越有针对性，就越有可能取得最大疗效，病人从治疗中的获益就越多，副作用也越少。正如打仗，你对敌情信息掌握越多，你就对打胜仗越有把握，磨刀不误砍柴工。

明白了这一点，你就会明白为什么医生总是那么“八卦”，总爱“关心”病人的一大堆“私人问题”，比如：你多大了，有没有结婚，如果结婚了，有没有生小孩，生了几个，几个男孩几个女孩，做什么工作的，抽不抽烟、喝不喝酒，以前得过什么病，做过什么手术，受过什么外伤，家里有没有人得过什么病，等等，关于你的，关于你家里人的，可以说是方方面面，看起来医生确实挺“无聊”的。还有更“无聊”的，对于女病人，医生还会问她的月经第一次是什么时候来，一般来几天，多少天来一次，量多不多，有没有血块，最近一次月经是什么时候来的，这听着简直会让人崩溃，这什么医生啊，女医生还好一些，要是男医生，也许有人就直接一个耳光过去，“流氓！”，你说，做个医生容易吗？

这还只是了解你的“过去”，还没完呢，医生要誓将“八卦”进行到底，会继续了解你的“现在”，问你这次不舒服的详细情况，比如哪里不舒服，怎么不舒服，是一直不舒服还是间断性不舒服，是白天不舒服还是晚上不舒服，



从什么时候开始，做过一些什么检查，吃过一些什么药，如果吃过药，吃了有没有效果，出现什么反应，等等，反正一大堆的问题，医生就像是审查犯人的警察，为了“破案”也是拼了。

医生为什么这么“八卦”这么“无聊”？当然是为了掌握充分的关于病人的信息，目的是为诊断和治疗疾病搜集尽可能多的信息资料，是非常有必要的，你配合得越好，越能节省时间金钱，因为医生接下来安排的检查就越有针对性，诊病的方向也就越清晰，治疗的安全性也会更大。如果隐瞒，就是将医生往反路上引，你这是跟谁过不去呢？在医生面前是最应该要“老实交代”的，医生想了解的信息，你该说的不说，故意隐瞒甚至刻意误导，搞不好有可能导致极其严重的后果，甚至是生命的代价。可以说，医生对这类问题问得越多，病人的配合越好，离真相就越接近，诊病治病的效率就越高，越省时省钱省力。

问完了“私事”和“家底”，接下来医生还要“动手”，用医学上的专业术语就是体格检查，就是通过“视”、“触”、“叩”、“听”，直白一点就是盯着你看、在你身上触摸、用手或借助工具在你身上敲敲打打、直接听或借助听诊器等工具听心脏、肺等的声音。这其中最让有些人感到不好意思的就是触摸，特别是对敏感部位的触摸，比如乳腺、生殖器官等，男医生对女病人进行这样的体格检查时稍不留神会被人误认为“耍流氓”，甚至惹上麻烦，所以建议事先征得患者的同意和理解，并最好有第三人在场的情况下检查为妥。

医生通过这种全面并有所侧重的体格检查，获取进一步的有用信息，比如通过对表浅淋巴结的触诊，了解淋巴结的大小、质地硬度、是否有压痛等信息；通过对乳腺的触诊，了解是否有包块，包块的大小、质地硬度、是否固定、是否压痛等信息。通过前面问诊得到的信息结合体格检查得到的信息，医生的心中就越来越有数了，有些疾病仅仅通过问诊和体格检查就能诊断出来，即便不能一下诊断出来，也能有个大致的方向，然后就要借助进一步的辅助检查来帮助诊断，而且有了问诊和体格检查得到的信息，接下来的辅助检查安排也会更有针对性，而不是一开始就不管三七二十一进行大撒网式从头到脚的检查，有重点有针对性。

所谓的辅助检查就是帮助医生下诊断和判断病情的检查手段，比如所谓的实验室检查、影像学检查、内窥镜检查等等。

实验室检查，也就是大家所说的“化验”，即通过送各种标本到检验科进



行实验室的检查，医生对这些化验检查的结果进行分析，作为诊断的综合分析判断依据之一。化验的标本最常见的当然是血液，也就是抽血化验，另外也包括尿液、粪便、胸水、腹水、心包积液、胃液、唾液、阴道分泌物（白带）等等。在这些化验检查中，有的是常规的化验检查，主要是为癌症的诊断提供某些线索以及了解机体器官功能是否存在异常情况；在化验检查中，对肿瘤诊断最具指向性意义的是肿瘤标志物检查，这对癌症的诊断有参考价值，而且对有些癌症的治疗效果判断及预后随访具有重要作用，这个在前面有专门讨论过，此处不详述。

影像学检查，也就是大家经常所说拍X光片、CT、磁共振、B超彩超、ECT、派特-CT（PET-CT）等等，对肿瘤诊断来说，这些检查主要是用于发现身体哪里长了肿瘤，也就是定位诊断，并了解癌症病灶的分布情况，它们是癌症分期的重要依据。另外，影像学检查可以辅助进行肿瘤的定性诊断，比如通过CT或超声的引导对体内的包块进行穿刺活检。这些影像学检查，各有优劣，应该要进行哪项或哪些检查，医生会根据具体情况选择。

内窥镜检查，也就是鼻咽镜、喉镜、食管胃镜、支气管镜、结肠镜、膀胱镜、阴道镜、宫腔镜、胸腔镜、腹腔镜等检查，用于发现受检器官、腔道（食管、胃、大肠、气管、膀胱等）内的肿瘤或其他异常情况，可以直观地观察病灶的情况，并且可以在内镜直视下取活体组织标本送细胞学检查和组织病理学检查以最终明确诊断，所以是很重要的检查。有时也有助于癌症的分期，比如超声内镜检查。

诊断性手术，如果肿瘤的位置比较深，特别是内脏器官的肿瘤，经过以上各种检查手段，仍不能确定病变的性质，但确实怀疑是癌症时，为了尽早明确诊断，可以考虑进行诊断性的手术取得组织送病理检查，必要时可同时行癌症的姑息性切除。

最后，最关键的当然就是病理检查，前面说了，这个对肿瘤的诊断起着—锤定音的作用，也就是说，多数肿瘤的诊断，它说了算，它是目前癌症诊断最为可靠的手段，也是癌症诊断的金标准。除了极少数的癌症，绝大多数癌症最终的确诊都必须依靠病理检查。所以，有人说病理科医生是医生的医生，身上的担子重，压力大，你得的是不是癌症，是什么癌症，病理科医生说了算，病理科医生下笔可谓是“千斤重”。当然，医学没有万能，病理科医生也不是



神仙，同样会遇到困难，也存在下不了诊断的可能，甚至误诊的可能，医学永远存在误诊，这是医学的局限，是医学的复杂性所决定的。

现在，对肿瘤的诊断，越来越重视细胞和分子生物学方面的检查，也就是对癌症在基因和分子水平上进行分析，为癌症的诊断提供更多更详尽的信息，比如对癌症进行分子分型、分子分期，从而为癌症的个体化治疗提供更详细的依据，这也是癌症精准治疗的基础。

为什么要进行这么多的检查？以上这些诊断和分期检查手段，有的是必检项目，有的可以选择性使用，各有优缺点，有时可以相互补充，有时可以相互替代，并非全部都要做，也不是做得越多越好，当然更不是做得越少越好，关键是要有针对性；有的是为了发现癌症诊断的线索，有的是为了发现病灶所在部位以便进一步检查，有的是为了了解癌症的病灶分布情况（是否有转移、转移到哪里），有的是为了最终确定癌症的诊断和癌症的病理类型。

当然，并非每种疾病的诊断都要严格按照这个程序进行，比如有的病，医生看一眼然后就基本能诊断出来，甚至摸都不用摸，更不必做CT之类的检查，有的病，比如癌症，通常要做较多的检查，要全面搜集资料信息才能下诊断，一些少见肿瘤即便把以上所说的所有检查都进行一遍也无法得出诊断结论，疑难病例永远都是存在的。在某些情况下，实在暂时下不了诊断，观察随访、定期复查也是一种处理。怀疑某个疾病，但经过一系列的检查，就是无法确认病变的性质，即便所谓肿瘤诊断金标准的病理检查也同样得不出结论，这个时候如果一直无休无止地检查下去，有时并无益处，因为医学检查毕竟也是有局限性的，这个时候不妨在医生的建议和指导下考虑进行短期的观察，密切随访复查，动态对比，可能有助于判断。当然，一定要在医生的指导下，而且不能失访。

（三） 悬案谜踪

前面说了，医生诊病，就像警察破案，有的案子线索明显，轻而易举就可



以破，有的案情复杂，迷雾重重，毫无头绪，破案难度大，有时甚至破不了的案，成了悬案一宗。

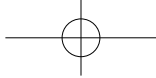
魏某是漳州市某县中学的一名高级教师，据他说，在一次聚会时，有个朋友突然盯着他左看右看，然后说：“你的左脖子怎么看着有点跟右边不一样？”他当时还以为朋友开玩笑，拿他寻开心，于是学着对方的语气故意反击：“咦，你的右边脖子怎样看着跟左边脖子也不一样呀！”朋友认真地说，“我可不是开玩笑，说的是真的，不信你摸摸看。”魏某开始还不信，但看朋友认真的样子，还是下意识地摸了摸脖子，果然左侧似乎摸到一个硬硬的突起来的东西，当时心里就咯噔了一下，心想：“平时怎么没注意到呢？坏了，会不会是长了瘤子？”朋友提醒他说：“明天去医院检查一下吧。”

魏某是个遇事放不下、一向心事很重的人，当天晚上就失眠了。次日，他不敢耽误，去了当地的县医院检查。医生摸了摸，跟他说，摸着有点硬，像是不好的东西，于是给安排做了彩超检查和左颈淋巴结的活检，等了两天，连续熬了三个不眠夜，终于等到了最后的病理检查报告，结果提示是“左颈淋巴结转移性腺癌”。哎呀，妈呀，一听得“癌”了，还是转移性的，魏某吓坏了，慌神了，当天就和老婆急匆匆赶到厦门，来到我的门诊。

魏某得的是癌症，而且是腺癌，这是肯定的，就像某个人做了坏事，被抓了个正着，这是没有疑问的，但现在的问题是，抓住的这个坏人，并不是真正的幕后元凶，不是祸头，也就是说，癌症的发源地还不清楚。

我立马将他收入住院进行检查，开始“破案”工作。

首先我让家属回县医院病理科去借已经染色的病理切片和活检组织蜡块，如果借不到蜡块，切一些未染色的白片拿过来也行。借阅已经染色的病理切片，目的是为了核实当地县医院的病理诊断，也就是确认是不是癌，是不是转移性腺癌。借组织蜡块，或者未染色的白片，目的是为了能够在我们医院病理科进一步检查，比如重新染色进行病理形态学检查，并视情况加做免疫组化以协助判断转移癌的可能原发灶来源地，也就是说，如果颈部的肿大淋巴结确实是转移癌，那么它是从哪里转移来的？弄清楚这个问题很重要，对治疗策略方案的制订起着举足轻重的作用，因为癌症的治疗方案是以原发癌来安排的，比如，同样是颈部淋巴结转移癌，如果原发灶是肺，则归为肺癌颈部淋巴结转移，按肺癌来治疗；如果原发灶是胃，则归为胃癌颈部淋巴结转移，按胃癌来



治疗。很显然，肺癌和胃癌是不同的癌症，它们的治疗策略、理念、具体方案和预后都不一样。

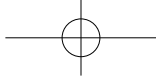
一开始县医院不同意外借，这个可以说是很普遍的现象，很多基层医院不肯外借病理切片或蜡块，估计是怕诊断跟上级医院有出入，担心病人闹事。这个担心本来是不必要的，基层医院诊断水平有限，误诊率稍高一些也是可以理解的，又不是主观故意。其实不管哪级哪层的医院，古今中外，都存在误诊的可能性，只是概率大小的问题，甚至可以说，误诊永远是存在的，因为人类对疾病的认识永远是不完整的，只是有限的认识。而且，即便诊断跟大医院的不一致，但并没有开始损害性的治疗，这种误诊是完全不必担责的。

后来通过我们医院的医务部提供需要借片的书面证明，最终借到了染色的病理切片，并切了几张未染色的白片。经过我们医院的病理科会诊染色的病理切片，结果维持原来的诊断，也就是说“左颈淋巴结转移性腺癌”这个是肯定的，但多加了“低分化”几个字，补充了一些信息，提供了癌症的分化程度信息，癌症的分化程度越低，就表示它偏离正常就越远，这无形中其实给临床寻找原发灶增加了难度。为了给寻找原发灶提供线索，病理科把从县医院借来的白片进一步做了免疫组化，可惜的是，最后的结果并没有提示原发灶的可能来源地倾向，这下问题就变得扑朔迷离有些复杂了。

这条线索断了，怎么办？我们就只能从临床去找“破案”线索。魏某是中年男性，职业是教师，吸烟，结合年龄、性别、职业和吸烟史，肺癌当然是最大的“嫌疑”，其他如鼻咽癌、食管癌、胃癌等的可能性次之，大肠癌、胰腺癌等当然也有可能，但分析一下，鼻咽癌、食管癌以鳞癌或未分化癌为主，腺癌相对较少，大肠癌和胰腺癌以腺癌为主，但转移到颈部的概率相比来说要小一些。所以，除了“肺癌”这个最大的嫌疑，另一个重点嫌疑是胃，其他的当然也有可能，但不妨先放一放，正所谓，全面侦察，重点突破。

基于以上分析考虑，我优先给他安排了胸部CT、食管胃镜等检查进行重点初筛，为了不耽误时间，其他检查也同时进行预约安排，中间视情况进行恰当的调整。

这么一折腾，一个星期就过去了，病人和家属着急了，认为时间耽搁久了，说既然已经诊断是癌症，为什么还等这么久？做这么些检查？要求我给他开始治疗。作为医生，当然不能完全受病人和家属的情绪所左右，该有的原则



还是要有的，这是对病人的保护。尽管他一来住院时就给病人和家属交过底，这个时候，我也只有再次耐心跟他们解释，毕竟癌是长在病人身上，病人和家属心里着急也是非常能理解的。

说起这个“原发灶不明的癌”，可真是一个让人纠结的癌症。没错，它是癌症，这点是肯定无疑的，因为经过活检病理检查确认了，前面说了，这是癌症诊断的金标准。但它是转移癌，从哪里转移来的？这个却是不明的，医生当然要想方设法通过各种检查手段查找它的原发灶，警察抓到一个坏人，只是知道这个坏人做了坏事，但他的幕后指使人是谁？指使他出来做坏事的“老大”在哪里？警察当然不能简单地把这个抓到的坏人枪毙掉了事，除非万不得已，否则必须要尽最大可能想方设法去查清楚幕后真凶，以除后患。多数时候借助线索的帮助，通过针对性检查很快就能找到原发灶，有时线索有限，通过大排查式检查，最后弄清楚了原发灶，但还是会碰到找不到原发灶的，再厉害的警察，也有破不了的案。

为什么非要费这么大的力气去查清楚这个转移癌是从哪里来的？管它来自哪里，干掉它不就了事？这，当然不行！治病不能简单粗暴处理，前面说过，不同来源的癌症，治疗的策略方案和预后都是不一样的，查清楚了它的原发灶，心里就更有数，治疗起来就会更有针对性，癌症的治疗是按原发灶来进行的。

但想弄清楚，得要花费时间和金钱，有的病人对这个非常不理解，有时半月甚至一月也未必查得出，病人和家属就急了，骂医生没良心、缺德，故意做没用的检查，故意拖延病情，为的就是赚钱。即便医生反复解释，有的病人和家属也还是不能理解。病人和家属烦躁，医生也纠结痛苦。怎么办？医生能做的只能是尽量查明原发灶，但有的癌症可能根本就没有原发灶，只表现为转移灶，或者说原发灶太微小，以现有医学手段，不管你怎么查，都查不到。这个时候，那就不必纠结一定要查清楚，不能死抱着“不弄清楚就不治疗”，不妨就按“原发灶不明的癌”来治疗，不然一直查下去或被动等下去也不是明智之举。

魏某就属于这种情况，做了胸部CT，肺部没发现问题，初步排除肺癌（其实不能完全排除），做了食管胃镜也没发现问题，两个最大的嫌疑都没发



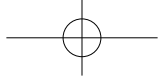
现问题，少见的情况当然也得考虑，于是又给安排了鼻咽镜，腹盆部的检查，肠镜等，也都还是没发现异常。主要的排查工作其实基本完成，这个时候可以基本认为这确实是个原发灶不明的癌。经过跟他商量，结合他本人意愿和家属的意见，最后还做了PET/CT，这个一定程度上算是寻找癌症原发灶的终极一招（事实当然也并非如此，PET/CT并不是万能的，也没有那么神奇，它的局限性其实也是明显的），结果仍是一无所获，没有发现颈部淋巴结以外的任何病灶。经过以上种种检查，没有发现原发灶，也就是说，他只有颈部的淋巴结转移灶，最后的诊断只能是：左颈淋巴结转移性低分化腺癌（原发灶不明）。

当我跟魏某谈话时，把情况如实告知，最开始他是急着治疗，现在他反倒纠结了，也烦恼了：这个癌症不知道是从哪里转移来的，那怎么治疗？用什么方案治疗？按什么癌症来治疗？可以手术吗？怎么可能搞不清楚从哪里转移来的？如果搞不清楚，为什么白费这么多的时间？等等一系列问题。

我想他的问题，是所有碰到这种情况的病人和家属的共性问题。这种时候到底应该怎么办？答案是：开始治疗！再查下去没有必要。有的人会说，这白白耽误时间吗？早知道这样，一开始就按你说的“原发灶不明的癌”来治疗，既省时省力省钱。这显然是逻辑思维的问题，你找都没有去找，怎么知道找不到原发灶？只要努力了，最后确实是找不到原发灶，唯有在这种情况下，我们才可以真正认定为“原发灶不明的癌”。

原发灶都找不到，怎么治疗？按什么癌来治疗？不是说癌症治疗是按原发灶的癌种来进行治疗吗？这个确实如此，但不是查不出原发灶吗？是没办法的办法，是无奈，尽管悬而未决，但必须处决，总不能抓到一个坏人因为找不到他的幕后老大就放了这个坏人，当然还得要去处理他，警察的侦破能力不是万能的，同样医学也是有医局性的。当然，这个没办法的办法，但也不是随意乱处置。其实，权威的癌症治疗指南专门列出了所谓“原发灶不明癌”的治疗指引，也就是说，对于这种“原发灶不明癌”在确实找不到原发灶的情况下，不妨就把它视作一种特殊生物学行为的独立癌种，然后按照相应的治疗规范指南去治疗。

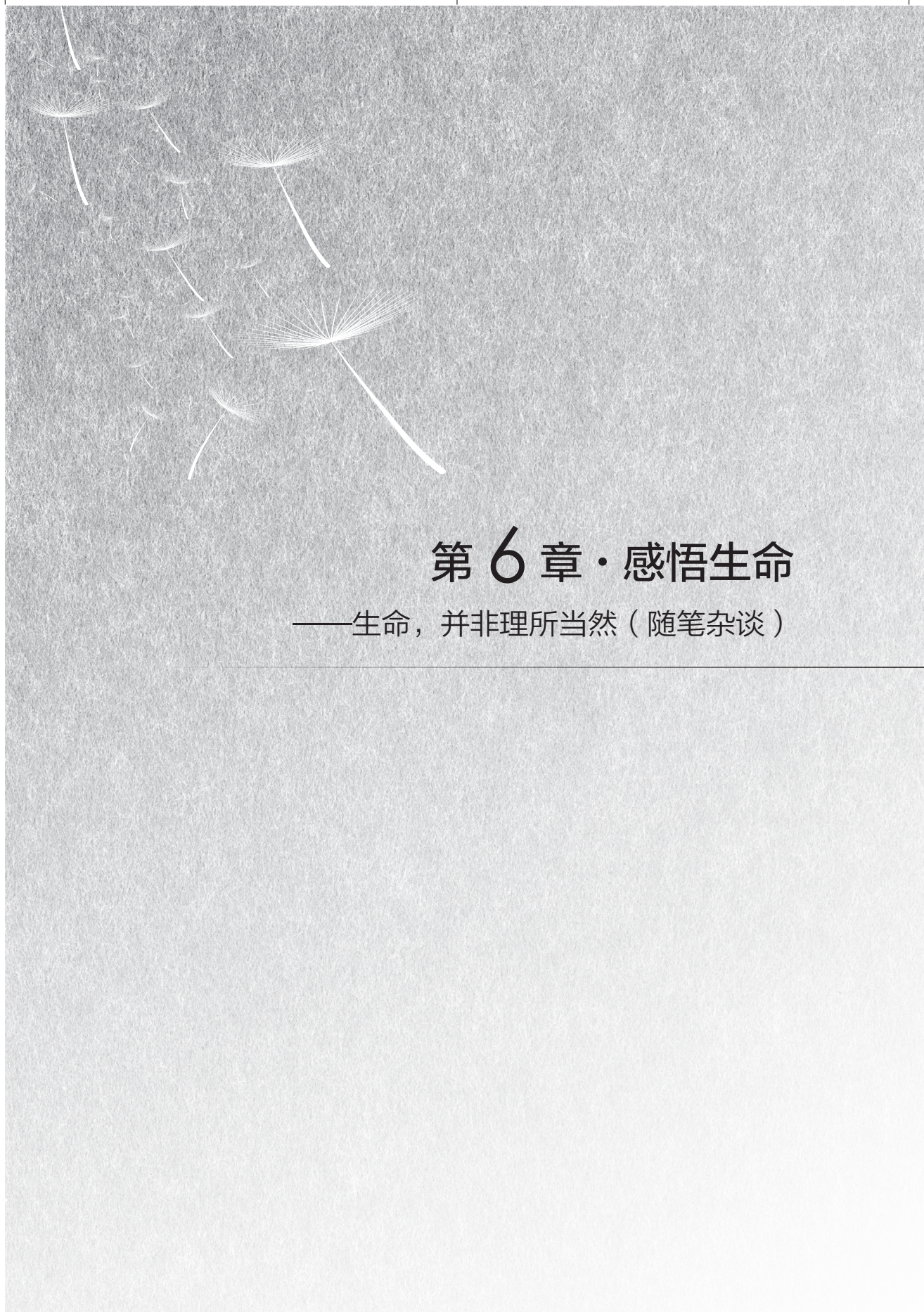
专门把“原发灶不明癌”这个问题单独提出来讨论，目的就是要大家明白，如果万一你或你的家人亲朋好友得的是这种“原发灶不明的癌”，建议保



持耐心，配合医生尽最大可能去查明原发灶，这个是非常有必要的。但这个需要时间，甚至时间可能比较长，你要理解医生，去配合医生，如果你不理解不配合医生，那好，医生也就只能跟你说，那就不查下去了，按“原发灶不明癌”来治，这个尽管也有治疗规范指南可供参考，但治疗的针对性会稍差些，正因为如此，我们还是要尽可能弄清楚原发灶的所在。

有的病人就是不理解，你们医生吃什么饭的，得了癌症，连它是哪里来的都查不清楚，你这医生水平太次。特不知，有的转移癌确实就是查不出原发灶，再高端的检查也查不出来，这正是疾病的复杂性所在，也是医学的局限性所在。

该努力的时候要去努力争取，要尽最大的可能去查明原发灶，努力不一定会有结果，但不努力肯定没结果。如果努力了，仍是查不出原发灶，该放手的时候也要放手，明明不可能，不放手又能如何？适时进，适时退，方为上策，方为智者，才是真正的尊重医学，善待自己。



第 6 章 · 感悟生命

——生命，并非理所当然（随笔杂谈）



1

无处安放的忧伤

——写给天堂的红颜

午夜，独坐电脑屏前，一遍遍听着邓丽君的歌，《漫步人生路》、《梦向何处寻》、《奈何》、《偿还》、《你在我梦里》、《何日君再来》、《别离》……无限循环，百听不厌。

此生只为君痴迷，梦里醒来泪湿巾。邓丽君，一个为爱而生的名字，一个永驻心底深处的名字。听她的歌是精神的洗礼，歌里有甜美和温情，也有离别、伤逝和幽怨，那世间绝无仅有的颤音，融入我身体里的每一寸柔软。

莫名地，忧伤悄然袭来。红颜早逝，世事难料。人间的名与利，情和爱，一切皆如海市蜃楼。眼前的繁华与灿烂，都不过是一场虚幻的邂逅，转瞬间就烟消云散。红尘俗世，因缘轮回，分与合，生和死，一切都似乎早已注定。

人海茫茫，心无处安放，任十指胡乱敲击着键盘，“黛玉”陈晓旭、歌手姚贝娜、复旦教师于娟、央视前女主播方静……还有那些我亲手经治却最终从我眼皮底下消逝的美丽而年轻的女子，竟一幕幕浮现在眼前，像一根一根的针，不断刺痛着我敏感的神经。

惜，红颜薄命；叹，医者无能！多情，空惹一腔男儿泪。

揽镜自照，竟不知何时白发又添几根。光阴似箭，年华虚度，人生，恰如一江春水向东流，去而无返。流年轻逝，寂寞无声地爬满窗台。一夜之间，心似乎变得苍老，独织残梦，快乐的外表之下藏着一份深入骨髓的忧伤与脆弱。

才尽词穷，孤独无以寄。远离尘熙，何妨给自己一次放纵的孤独？伤感与孤独，未尝不是一种精神的享受，有孤独，才会对尘世的生灵和幸福有更深层次的思考。

世间一切，将终《不着痕迹》，这一刻，就让忧伤伴着孤独在散乱的文字中孑然起舞。



2

从迷到悟有多远

心打开了，就明白了。真正的觉悟来自内心的革命。

——林清玄

一直以来是个少言寡语、不擅交际应酬之人，也因此失去了很多东西。交际应酬，疏通关系，花言巧语，请客送礼，这恰恰是我的短板，也是最让我感到无所适从的东西。

“我天性不宜交际。在多数场合，我不是觉得对方乏味，就是害怕对方觉得我乏味。可是我既不愿忍受对方的乏味，也不愿费劲使自己显得有趣，那都太累了。我独处时最轻松，因为我不觉得自己乏味，即使乏味，也自己承受，不累及他人，无需感到不安。”

周国平先生的这段话，是写他自己的，也同样适用于我。

在一个处处需要通过找人疏通关系的社会，你不擅这一套，有时就只能一再放低人生的追求目标，安心去做一个普通人，把分内之事做好，对得起自己的心，至于超出自己能力范围的事，随缘，释然。

而当人生追求的目标或理想一再放低的时候，其实可能并不是件太坏的事，人生的所谓成功永远只是相对的，塞翁失马，焉知非福？当你失去一些东西的时候，你可能在其他方面会有所得。所谓的成功，终不过是为了做给别人看的，不过是为了赢得别人的掌声或所谓的艳羡，放弃的却是自己内心的本真，以及那份简单的从容与自在。

笛安说：“从一开始以为这个世界上只有自己，到明白自己的天赋其实只够做一个不错的普通人。然后人就长大了。”有人说，我们多数人的烦恼皆源于：不满足现状，却又无法改变现状。这听起来似乎无解，但静心想一想，不妨采取一种折中的处理办法：如果通过自身的努力可以改变，那就不妨好好努力，如果确实超出能力所及的范围，或者过多受制于人，或者压根儿就是你不喜欢做的事，那就干脆放弃，或者维持现状也不错，否则只会徒添烦恼。

为了名，为了利，或明争或暗斗，实在太累，争来争去，一辈子就过去了。不妨学会接受现状，学会释然，学会随遇而安。在我看来，人生在世一辈



子，最大的失败其实不是你没有取得别人眼中的所谓事业成功，而是没有为自己而活。

也许唯有在生死临界点的时候，人才会有真正的彻悟。复旦大学教师于娟在《生命日记》中写道：“在生死临界点的时候，你会发现，任何的加班，给自己太多的压力，买房买车的需求，这些都是浮云。如果有时间，好好陪陪你的孩子，把买车的钱给父母亲买双鞋子，不要拼命去换什么大房子。和相爱的人在一起，蜗居也温暖。”“名利权情，没有一样是不辛苦的，却没有一样可以带去。”

人活着是为了什么？我们到底为了什么而活？恐怕多数人一辈子都没整明白。

一个广为传阅的故事。有个商人，一天，他正悠闲地坐在海边渔村的码头边。这时候，有个渔民划着小船上了岸，他捕了好几条很稀贵的鱼，商人凑上前看了看，然后问渔民捕这种鱼是不是很费力很困难？得花不少时间吧？

渔民很干脆地回答说：“一点都不难，花不了多少时间，很轻松就能抓到不少这种鱼。”

商人很不理解：“那你为什么不多抓一些鱼回来？这种鱼可是很稀贵的。”渔民反问道：“为什么要抓那么多？这些鱼已经够我全家人吃。”

商人又问：“那你每天除了出海捕鱼，还做其他什么事吗？”

渔民说：“当然！我每天早上睡到几点算几点，起来后吃过早餐，而后划着我的小船，出海捕几条鱼回来，然后陪孩子们乐呵乐呵，玩一玩，吃过午饭后和妻子聊聊天，中午一起睡个美美的午觉，傍晚叫上几个好哥们，喝点小酒，侃侃大山，唱唱歌，你看我的日子过得充实滋润吧。”

商人听后，很不以为然的样子，心想这人也太没出息太没追求了，于是他说：“我是个商人，最懂经商之道，如果你信得过，我可以给你些好的建议。”

“说来听听。”渔民很平静地说。

“我建议你啊，应该弄个闹钟，这样就可以每天早点起床，晚点回来，就可以多抓不少这种鱼，然后把这些鱼卖掉，就可以赚不少钱，把赚来的钱积攒下来，等钱攒够了，就可以买一条大点的船。有了更大的船，然后你就可以抓到更多的鱼，赚到更多的钱。有了更多的钱，你就可以买更大的渔船，然后你



可以花钱请渔工，组建属于自己的渔船队，进行规模化捕鱼作业。到时你还可以自己开鱼制品加工厂创办公司，然后你就会有越来越多的钱，可以离开这个小地方，搬到大城市，在那里你可以继续扩充你的产业。”商人说得头头是道。

渔民似乎不为所动，淡淡地问：“那达成你说的这个目标，需要花多长时间呢？”

商人说：“这个吧，看情况，不一定，估计至少得要十至二十年左右的时间吧。”

渔民追问：“那么然后呢？”

商人说：“然后？然后你就是大富豪了，你可以让公司上市，然后你就拥有亿万资产，一辈子都花不完。”

渔民仍不为所动，接着问：“再然后呢？”

商人说：“再然后？再然后你就可以退休啦，可以享受属于自己的悠闲生活，你可以搬到海边的小渔村去住，每天早上睡到几点算几点，起来后吃过早餐，而后划着小船，出海捕几条鱼回来，然后陪孩子们乐和乐和，玩一玩，吃过午饭后和妻子聊聊天，中午一起睡个美美的午觉，傍晚叫上几个好哥们，喝点小酒，侃侃大山，唱唱歌，你看这日子过得充实滋润吧，这才叫享受生活。”

渔民笑着说：“这不就是我现在的生活吗？我何苦绕那么大一个圈子！”

是啊，何苦绕那么大一个圈子？估计很多人都没有静下心来思考过人的一生到底在追求什么，其实你内心真正想要的可能并非你一直执著追求的所谓事业或名利，那些也许只不过是为了博取他人的关注或赞赏，甚至纯粹只是觉得心有不甘。

“从生到死有多远？呼吸之间。从迷到悟有多远？一念之间。”你，悟了吗？



3

生命，死亡和无常

在时间的大钟上，只有两个字：现在。

——莎士比亚

快节奏的生活，想要静下心来读自己真正喜欢的书，似乎成了一种奢侈。

书，当然每天都还在读，但那不过是一些与工作直接或间接有关的医学专业书。在我看来，读专业书远算不上是真正的阅读，它提升的只是你工作的技能，与灵魂无关，与快感无关，有时反而是一种负累。

当你的人生满满被工作所占据，灵魂的空间必然被挤占，心也就会日渐苍白。

“每天差不多都是相同的重复。昨天和前天颠倒顺序，也没有任何不便。我不时想，这叫什么人生啊！但也没有因此感觉光阴虚度。我仅仅是感到惊讶，惊讶于昨天与前天毫无区别，惊讶于自己被编排入这样的人生，惊讶于自己留下的足迹甚至还未及认清，就在转瞬间被风吹走变得无影无踪。”这是村上春树《眠》中的一段话。

难道这真是我们想要的人生？而想一想，这又确实就是我们多数人的

人生。

其实我们本来可以有不一样的人生，至少在精神层面可以更丰满一些。如此，才不会像现在这般，满目的嘈杂，物质越富足，精神越贫瘠。

有时候，会莫名有股惆怅的愁绪涌上心头。惆怅什么呢？似乎也没有什么可惆怅的，或许只是突然感觉无聊罢了，无聊有时也是一种心境。

每次抬头仰望星空宇宙，总会不由自主地想起“死亡”二字。以前曾读过一本佛教图书《法句经要义》，当中有一篇《常念死亡带来和平》写道：“有人不了知，死亡就在此；那些知晓者，冲突纷争息。”佛陀也曾言：“生命无常，人总会死，应该停止争执，不要以为生命永远存在，不要以为世间的一切永恒不灭。”

想一想，人似乎一辈子都活在争执之中，不是与人争名，就是与人争利，要么就是与人斗气、论输赢，“争”似乎成了人生中永远的主题，甚至是常



态。而《法句经要义》指出，人之所以常与人争执，都是误以为自己会永远活下去。一旦能够领悟生命只是短暂的无常幻象，领悟死亡才是生命真实的真理，就不会把生命浪费在愚蠢的纷争中。

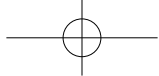
也许有人会说，好好的为什么总想到死亡？也许是因为医生职业的关系，看到了太多的死亡，明了生命确实太无常，你无法预知下一秒会发生什么，人生，来是偶然，走是必然。在很多人看来，“死亡”二字带给人的似乎是消极信息，其实不然，常念死亡，不是要你消极生活，而是要你想到：因为死亡是无常的，因此更要懂得珍惜每一天的生命，不要耗费在各种各样的争执内斗中，如此，就会多一份对生命的感恩。能够来到这个世界，能够有机会经历生命的过程，这本是一种最大的缘，与这个世界的缘，你应该要珍惜。

不妨静下心来细想一下，人生一辈子，能有多少个“一天”？一天又一天，悄无声息，也许在你尚未明白过来人生所为何来，生命就不知不觉走到了终点，才惊觉自己曾把太多的时间浪费在无谓的纷争中，却很少把时间用来充实灵魂，甚至很少抬头望天。忙碌与纷争，勾心与斗角，仇恨与报复，耗费了多少宝贵的“每一天”。

宇宙都未必是无限的，生命就更是极其有限，不要以为生命会一直持续下去，身边的人看一天少一天，不要等到生离死别才意识到在一起的时光是多么的珍贵；不要以为世间的一切永恒不灭，连我们赖以生存的地球也终有一天会灰飞烟灭，这个世界的万事万物都是看一天少一天。我们无法把握地球和宇宙的未来，但可以把握属于自己的每一个“今天”，哪怕只是有限的几年、几月、几周、几天，也要好好地活着，过好每一天才无愧生命的存在。

我们真的应该心存感恩，感恩有机会能够来到这个世界上做人，因为就个体来说，每一个生命的诞生确实是一件极低概率的事件。我们每个人的出生都不过是一个个美丽的意外，或者说是一种纯粹的偶然。不是吗？在我们出生之前，人世间的任何一个可能的些微变动或者父辈母辈的哪怕一闪念的改变，你或者我，可能就没有机会挤进这个世界。

想一想，能够来到这个世界上生而为人，是多么的幸福，我们没有理由不感恩。占了一个做人的指标，就不要浪费名额，就该好好活着，好好做人，带着感恩的心态做人，如此，内心就会多一份安宁与平和，也才会得到真正的快乐，才不枉来这人世走一遭。



未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有，侵权必究。

图书在版编目 (C I P) 数据

谈“情”说“癌”：肿瘤专科医生告诉你如何识癌、防癌、查癌、抗癌 / 潘战和著.

— 北京：电子工业出版社，2017.1

ISBN 978-7-121-30053-0

I. ①谈… II. ①潘… III. ①癌—防治 IV. ①R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 237072 号

责任编辑：郝喜娟

特约编辑：马妮璐

印 刷：

装 订：

出版发行：电子工业出版社

北京市海淀区万寿路173 信箱 邮编：100036

开 本：720×1000 1/16 印张：16.75 字数：295千字

版 次：2017年1月第1版

印 次：2017年1月第1次印刷

定 价：39.80元

凡所购买电子工业出版社图书有缺损问题，请向购买书店调换。若书店售缺，请与本社发行部联系，联系及邮购电话：（010）88254888，88258888。

质量投诉请发邮件至zlts@phei.com.cn，盗版侵权举报请发邮件至dbqq@phei.com.cn。

本书咨询联系方式：haoxijuan@phei.com.cn。